



DOLENTIUM HOMINUM

N. 55 – anno XIX – N. 1, 2004

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Atti della XVIII Conferenza Internazionale

*promossa ed organizzata dal
Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
su*

La depressione

13-14-15 novembre 2003

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

S.EM. CARD. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, *Direttore*
S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, O.H., *Redattore Capo*
P. FELICE RUFFINI, M.I., *Segretario*

COMITATO DI REDAZIONE

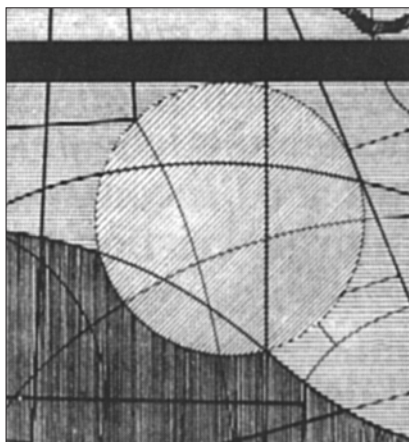
BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DR.A LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DR.A MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, *Argentina*
CASSIDY MONS. J. JAMES, *U.S.A.*
DELGADO DON RUDE, *Spagna*
FERRERO P. RAMON, *Mozambico*
GOUDOTE P. BENOIT, *Costa d'Avorio*
LEONE PROF. SALVINO, *Italia*
PALENCIA P. JORGE, *Messico*
PEREIRA DON GEORGE, *India*
VERLINDE SIG.A AN, *Belgio*
WALLEY PROF. ROBERT, *Canada*

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
CASABIANCA SIG.A STEFANIA
FARINA SIG.A ANTONELLA
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, M.I.
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO



Direzione, Redazione, Amministrazione: PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799 - Fax: 06.698.83139

www.healthpastoral.org - e-mail: opersanit@hlthwork.va

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € per l'Europa, 30 \$ per extra Europa
compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Roma

Sommario

6 **Indirizzo d'omaggio
al Santo Padre**
S.Em.za Card. Javier Lozano Barragán

7 **Discorso del Santo Padre
Giovanni Paolo II**

LA DEPRESSIONE

giovedì
13
novembre

10 **Introduzione ai lavori
Aspetti del pensiero postmoderno
e la depressione**
S.Em.za Card. Javier Lozano Barragán

PROLUSIONE

16 **La depressione:
fenomeno clinico, antropologia
biblica, fede cristiana**
S.Em.za Card. José Saraiva Martins

PRIMA SESSIONE

LA SITUAZIONE ATTUALE
DELLA DEPRESSIONE
NEL MONDO CONTEMPORANEO

21 **1. La depressione,
tra malessere e malattia**
Prof. Salvador Cervera-Enguix

28 **2. Depressione: realtà e prospettive**
Dott. B. Saraceno

32 **3. Una società depressa?**
P. Tony Anatrella

38 **4. Depressione e crisi religiosa**
P. Mariano Galve Moreno

43 **5. La crisi del suicidio**
Dott. Bengt J. Säfsten

47 **6. Modello biologico e modello
psicologico della depressione**
Prof. Adolfo Petiziol

51 **7. Stress, esaurimento.
La missione e i mass media**
Suor Donna J. Markham, OP

55 **8. La depressione dipende
unicamente dall'intervento medico?**
Prof. Aquilino Polaino-Lorente

67 **9. Le idee depressive
del mondo contemporaneo**
S. Em.za Card. Paul Poupard

73 **10. Risultati di un'inchiesta
sulla salute mentale:
un focus sulla depressione**
Dott.ssa Fiorenza Deriu
Dott. Daniel Cabezas
Dott.ssa Rosa Merola

venerdì
14
novembre

SECONDA SESSIONE

LA LUCE DELLA FEDE
NEL MONDO DELLA DEPRESSIONE

80 **1. La storia della depressione**
Prof. Massimo Aliverti

85 **2. Depressione e speranza cristiana**
S. Em.za Card. Jorge A. Medina Estévez

- 90 **3. Teologia morale: depressione, riferimenti morali soggettivi e riferimenti morali oggettivi**
P. Carlo Casalone, S.I.
- 96 **4. Cura Pastorale: il rifiuto della sofferenza e la ricerca del benessere personale**
S.E. Mons. James M. Wingle
- 106 **5. Dialogo interreligioso: Il senso della depressione e del malessere considerato nella visuale delle religioni**
- 106 **5.1. La visuale ebraica**
Prof. Abramo Alberto Piattelli
- 107 **5.2. La depressione e la sua cura alla luce del Corano e della Sunnah**
Prof. Kamel Ajlouni
- 110 **5.3. Il significato della depressione e del malessere dal punto di vista dell'induismo**
Dott. Bharati Patil
- 113 **5.4. La visuale buddista**
*S.E. Raymond R.M. Tai,
Ven. Prof.ssa Heng-Ching Shih*

TERZA SESSIONE

CHE COSA FARE PER USCIRE FUORI
DALLA DEPRESSIONE?

- 120 **1. La fede**
- 120 **1.1. I principali punti della fede sui quali è particolarmente necessario insistere**
Mons. Sergio Pintor

- 126 **1.2. Privilegiare un'educazione (personale e comunitaria) del senso della persona, della responsabilità e dell'autostima alla luce del cristianesimo**
P. Tony Anatrella
- 133 **2. La carità**
- 133 **2.1. Instaurare un legame sociale in una società scissa e dominata dall'individualismo**
Dott. Dominique Megglé
- 136 **2.2. L'accoglienza delle persone con depressione nel contesto medico ex ospedaliero**
Dott. Daniel Cabezas
- 140 **2.3. Il ruolo della famiglia di fronte alla depressione**
S.E. Mons. Jorge Enrique Jiménez Carvajal
- 142 **2.4. La cura spirituale e pastorale della persona depressa e della sua famiglia**
S.Em.za Card. Carlos Amigo Vallejo

sabato
15
novembre

- 145 **3. La speranza**
- 145 **Verso una pastorale di fede cristiana e di fiducia nella vita**
S.Em.za Card. Ivan Dias

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"La Basilica di Santa Croce in Gerusalemme a Roma:
quando l'antico è futuro"
a cura di Anna Maria Affanni
Beta Gamma Editrice*

INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE

Beatissimo Padre:

Come Vostra Santità ha tante volte accennato, costruire la nuova società priva dei valori cristiani più profondi che stanno nelle sue radici è talmente sbagliato, che ci porta indubbiamente alla cultura della morte. Ciò lo stiamo constatando quando le statistiche ci parlano di quello che oggi si descrive come l'assassino più forte dei nostri tempi, la depressione.

Vostra Santità ha affidato al nostro Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute di prendersi cura delle malattie emergenti; purtroppo, questa infermità emerge veramente e la Conferenza internazionale odierna l'abbiamo dedicata a studiare profondamente cosa è la depressione, cosa ci dice la Parola di Dio sulla depressione, e praticamente cosa suggeriamo per guarire da questa malattia.

Sappiamo che Vostra Santità è il principio di unità e di fermezza della Chiesa; in Lei confluisco-

no tutte le azioni salvifiche e con il ministero petrino Lei dà loro la fermezza e chiarezza di cui hanno bisogno per poter ascoltare efficacemente in essa la voce creativa del Signore, attraverso la sua croce e risurrezione. Chiediamo umilmente a Vostra Santità di pronunciare questa voce ecclesiale, che guidi e faccia delle nostre riflessioni cammini atti a mostrare agli uomini odierni la maniera più adeguata per vincere quest'allontanamento dal Signore, che in ultimo termine significa la depressione.

Mi sia permesso, Santo Padre, presentarLe i nostri conferenzieri e la sua qualificata udienza, che oggi hanno il privilegio di salutarLa ed ascoltare riverentemente la Sua Parola. Grazie Santo Padre per la Sua paterna accoglienza!

S.Em.za Card. JAVIER LOZANO BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*



DISCORSO DEL SANTO PADRE

La malattia depressiva può essere una strada per scoprire altri aspetti di se stessi e nuove forme di incontro con Dio

Cari Fratelli nell'Episcopato e nel Sacerdozio!
Cari amici!

1. Sono lieto di incontrarvi in occasione della Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sul tema "La Depressione". Ringrazio il Card. Javier Lozano Barragán per le gentili parole che mi ha rivolto a nome dei presenti.

Saluto gli illustri Specialisti, venuti ad offrire il frutto delle loro ricerche su questa patologia, allo scopo di favorirne una conoscenza approfondita, così da consentire migliori cure e un'assistenza più idonea sia agli interessati che alle loro famiglie.

Penso, altresì, con apprezzamento a quanti si dedicano al servizio dei malati di depressione, aiutandoli a conservare fiducia nella vita. Il pensiero naturalmente s'estende anche alle famiglie che accompagnano con affetto e delicatezza il loro caro congiunto.

2. I vostri lavori, cari Congressisti, hanno mostrato i differenti aspetti della depressione nella loro complessità: essi vanno dalla malattia profonda, più o meno duratura, a uno stato passeggero legato ad avvenimenti difficili – conflitti coniugali e familiari, gravi problemi lavorativi, stati di solitudine... –, che comportano un'incrinatura, o persino la rottura delle relazioni sociali, professionali, familiari. La malattia si accompagna spesso ad una crisi esistenziale e spirituale, che conduce a non percepire più il senso del vivere.

Il diffondersi degli stati depressivi è diventato preoccupante. Vi si rivelano fragilità umane, psicologiche e spirituali, che almeno in parte sono indotte dalla società. È importante prendere coscienza delle ripercussioni che hanno sulle persone i messaggi veicolati dai media, i quali esaltano il consumismo, la soddisfazione immediata dei desideri, la corsa ad un benessere materiale sempre

maggiore. Occorre proporre nuove vie, perché ciascuno possa costruire la propria personalità coltivando la vita spirituale, fondamento di un'esistenza matura. La partecipazione entusiasta alle Giornate Mondiali della Gioventù mostra nelle nuove generazioni la ricerca di Qualcuno che possa illuminare il loro cammino quotidiano, dando loro ragioni di vita e aiutandoli ad affrontare le difficoltà.

3. Voi l'avete sottolineato: la depressione è sempre una prova spirituale. Il ruolo di quanti si prendono cura della persona depressa, e non hanno uno specifico compito terapeutico, consiste soprattutto nell'aiutarla a ritrovare la stima di sé, la fiducia nelle proprie capacità, l'interesse per il futuro, la voglia



di vivere. Per questo, è importante tendere la mano ai malati, far loro percepire la tenerezza di Dio, integrarli in una comunità di fede e di vita in cui possano sentirsi accolti, capiti, sostenuti, degni, in una parola, di amare e di essere amati. Per loro, come per ciascun altro, contemplare Cristo e lasciarsi “guardare” da Lui è esperienza che li apre alla speranza e li spinge a scegliere la vita (cfr *Dt* 30,19).

Nel percorso spirituale, la lettura e la meditazione dei Salmi, in cui l'autore sacro esprime in preghiera le sue gioie e le sue angosce, può essere di grande aiuto. La recita del Rosario permette di trovare in Maria una Madre amorosa che insegna a vivere in Cristo. La partecipazione all'Eucaristia è sorgente di pace interiore, sia per l'efficacia della Parola e del Pane di vita che per l'inserimento nella comunità ecclesiale. Ben sapendo quanta fatica costi per la persona depressa ciò che agli altri appare semplice e spontaneo, bisogna aiutarla con pazienza e delicatezza, ricordandosi del monito di santa Teresa di Gesù Bambino: “I piccoli fanno piccoli passi”.

Nel suo amore infinito, Dio è sempre vicino a coloro che soffrono. La malattia depressiva può essere una strada per scoprire altri aspetti di se stessi e nuove forme di incontro con Dio. Cristo ascolta il grido di coloro la cui barca è in balia della tempesta (cfr *Mc* 4,35-41). Egli è presente accanto a loro per aiutarli nella traversata e guidarli verso il porto della recuperata serenità.

4. Il fenomeno della depressione richiama alla Chiesa e all'intera società quanto sia importante proporre alle persone, e specialmente ai giovani, figure ed esperienze che li aiutino a crescere sul piano umano, psicologico, morale e spirituale. In effetti, l'assenza di punti di riferimento non può che contribuire a rendere le personalità più fragili, inducendole a ritenere che tutti i comportamenti si equivalgano. Da questo punto di vista, il ruolo della famiglia, della scuola, dei movimenti giovanili, delle associazioni parrocchiali è molto rilevante a motivo dell'incidenza che tali realtà hanno sulla formazione della persona.

Significativo è pure il ruolo delle istituzioni pubbliche per assicurare condizioni di vita dignitose, in particolare alle persone abbandonate, malate e anziane. Ugualmente necessarie sono le politiche per la gioventù, tese ad offrire alle nuove generazioni motivi di speranza, preservandole dal vuoto o da suoi pericolosi riempitivi.

5. Cari amici, nell'incoraggiarvi a rinnovato impegno in un lavoro tanto importante accanto ai fratelli e alle sorelle affetti da depressione, vi affido all'intercessione di Maria Santissima, *Salus infirmorum*. Possa ogni persona ed ogni famiglia sentire la sua materna sollecitudine nei momenti di difficoltà.

A tutti voi, ai vostri collaboratori e ai vostri cari imparto di cuore la Benedizione Apostolica.



La depressione



giovedì
13
novembre

JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Introduzione ai lavori

Aspetti del pensiero postmoderno e la depressione

Riflettendo sulla storia del pensiero occidentale richiamano la mia attenzione i cicli che si presentano: iniziano con la presentazione dei problemi vitali che si possono sintetizzare in tre grandi poli: Dio, l'uomo e il mondo. Vari pensatori cercano di dare delle risposte pertinenti, queste risposte crescono fino ad arrivare a soluzioni geniali dove sembra che l'umanità sia arrivata al suo apice, e si ha l'impressione che proprio in questo momento, che non è necessariamente un culmine temporale dell'epoca, poiché può esserci simultaneità con i momenti forti, il pensiero decada e si debilita in modo quasi totale.

Nella Grecia antica, dopo i grandi maestri che furono Socrate, Platone e Aristotele, si profila la decadenza nelle correnti dello Scetticismo, dell'Epicureismo e dello Stoicismo. Nel Medio Evo, dopo i grandi pensatori che culminano nella Scolastica, Abelardo, Sant'Anselmo, Duns Scoto, Santo Alberto Magno, San Tommaso, San Bonaventura, ecc. viene il Nominalismo con a capo Occam; Nel pensiero moderno, ai grandi pensatori: il Razionalismo di Descartes, l'Empirismo di Hobbes, Locke e Hume, l'Idealismo di Kant, Fichte, Schelling e Hegel, segue la noia dell'Illuminismo, del Deismo, del Pietismo, la Aufklärung e l'Enciclopedia, che sebbene nella loro non originalità tuttavia poterono essere in un certo modo saggi di risposta universale ai problemi fondamentali Dio, l'Uomo, il Mondo. Questo declino del pensiero si aggrava nel secolo XX e agli inizi del XXI secolo per l'influsso special-

mente di pensatori come Nietzsche, Heidegger, Wittgenstein, Lyotard e Vattimo, fino a cadere di nuovo, come nella Grecia antica, nello Scetticismo, nell'Epicureismo e nello Stoicismo.

Questo pensiero, almeno in gran parte dell'Occidente, sta motivando un cambiamento culturale che può essere un ambito importante per poterci muovere nel tema in cui siamo impegnati in questa Conferenza Internazionale sulla Depressione. Come inizio dei nostri lavori e piccola introduzione sulla depressione, permettetemi di menzionare molto sinteticamente ciò che mi sembra più significativo di questo pensiero che delinea la cosiddetta cultura della Postmodernità.

Inizio con un accenno sintetico alle linee basilari delle posizioni degli autori che mi sembrano siano alla base della Postmodernità; essi sono Nietzsche, Heidegger, Wittgenstein, Lyotard e Vattimo¹.

Per Nietzsche Dio è morto e l'unica norma di moralità è ora il superuomo con la sua volontà di potere. Non vi sono valori universali e sicuri né possibilità di conoscerli².

Per Heidegger è vero che esiste un Essere superiore, ma è ineffabile, invece si esprime attraverso un linguaggio, non attraverso il pensiero perché questo è già una interpretazione del linguaggio e vi sono tante interpretazioni per il linguaggio, pertanto non sono vere. L'unica possibilità è l'oscura conoscenza mistica. La conoscenza tecnica ha oggettivato il mondo, falsandolo³.

Per Wittgenstein la verità è nel linguaggio quando ciò che dice dei

fatti è scientificamente verificabile dalla stessa logicità del linguaggio. I valori, poiché non sono fatti, non sono attendibili. Ebbene, poiché la logicità è anche un valore e pertanto non è un fatto, così neanche questa si può dimostrare. Inoltre si deve prestare attenzione alla differenza dei linguaggi, al "gioco del linguaggio", tecnico, ludico, politico, poetico affettivo, ecc. In ogni gioco il linguaggio ha un significato diverso. Non vi è un comune denominatore di questi giochi di linguaggio che si possa conoscere. La Filosofia ha come scopo solo il classificare i diversi giochi che esistono. La sua funzione è terapeutica, cioè ridurre al linguaggio corrente e quotidiano ciò che si esprime in altri giochi di linguaggio. Dio significa che constatiamo il fatto che molte cose non dipendono da noi e noi dipendiamo da esse. Dio è tutto il mondo indipendente dalla nostra volontà⁴.

Commentando gli autori precedenti Jean-Francois Lyotard dice che i "metaracconti", cioè i pensieri sintetici universali della modernità come l'Illuminismo, il Marxismo, il Cristianesimo, il Capitalismo, ecc. che danno una sintesi onnicomprensiva, sono inefficaci e incomprensibili. Non hanno alcuna validità. Il sapere si può esprimere solo secondo il gioco del linguaggio e consiste nella ricerca sulla instabilità, ciò che egli chiama "Parologia". Sono validi solo i "miniracconti" ai quali si dà l'assenso per un consenso temporale degli interlocutori, sia nel campo internazionale, sia in quello politico, affettivo, sessuale, familiare, culturale. Da qui risulta una plura-

lità che non è riducibile all'unità, che non ha universalità. È un'invenzione anarchica del linguaggio. L'universalità metafisica è solo una frottola. Non vi è possibilità di sintesi nell'eterogeneità del gioco linguistico. Il pensiero postmoderno disumanizza l'uomo per tornare a umanizzarlo nell'instabilità⁵.

Gianni Vattimo è un filosofo di Torino. Interpreta Nietzsche e Heidegger prendendo come base il nichilismo. Secondo Vattimo l'essere non ha oggettività, e pertanto non è universale. Esiste solo l'attualità, la storia non esiste, è arrivata al suo scopo, non vi è più novità. La conoscenza non arriva all'essere e non ottiene la verità. Si arriva alla verità solo a metà e risultano così solo verità a metà. Lo strumento per cui si arriva è il sentimento estetico e poetico, retorico; dall'"*homo sapiens*" si passa ora all'"*homo sentimentalis*". È come quando qualcuno vede un quadro: lo interpreta secondo i suoi diversi sentimenti e pertanto il quadro è soggetto a moltissime interpretazioni. Così è la verità, ognuno la vede secondo i suoi propri sentimenti estetici e poetici e la esprime con i diversi giochi del linguaggio.

La televisione, per esempio ci dà un insieme di immagini, ma non è possibile avere una base unica e universale che le unisce. La realtà è l'incrociarsi di varie immagini, il suo contaminarsi senza un asse centrale. La società consiste nell'emanciparsi dalla realtà, dalle differenze, e nell'esplosione della molteplicità. Cioè l'essere universale, i fondamenti stabili, la metafisica sono arrivati al loro scopo. Dio esiste nella misura in cui è percepito come Dio della Scrittura e della tradizione; ma non è un Dio dai dogmi immutabili, è un Dio poetico ed estetico, che ognuno si forma. Soprattutto, non è il Dio della Chiesa cattolica. Così il Cristianesimo si secolarizza e arriva al suo declino. L'uomo percorre il cammino dal suo centro verso un termine sconosciuto, "X". Non ha bisogno della estrema sicurezza che gli dava un antico mito magico: Dio. Il mondo è un evento di gioco di interpretazioni linguistiche dentro diversi orizzonti concreti. Questo nuovo pensiero si chiama "pensiero debole", che è

l'unico possibile e che si afferma contro il preteso "pensiero forte" che non cessa di essere un mito, una favola superata dalla postmodernità⁶.

Un tentativo di strutturare il pensiero postmoderno seguendo le idee di questi autori potrebbe forse riassumersi nei punti seguenti.

1. Sfiducia dell'uomo e del suo pensiero

Dopo la caduta delle grandi sintesi del pensiero moderno il pensiero è diventato debole. Si ricorre alle tragedie motivate dalle ideologie della modernità che causarono milioni di morti e atti di barbarie. Il pensiero forte appartiene a epoche primitive dell'umanità, che sono state ora superate.

2. Dominio della razionalità estetica

Irrazionalismo: l'"*homo sapiens*" diventa ora "*homo sentimentalis*". Nella modernità si era divinizzata la ragione e si ritornò a un pensiero forte causa di tutte le atrocità commesse, per esempio ad Auschwitz. Ora si accetta solo il relativismo di pensieri conflittuali, imprigionati nel linguaggio.

3. Il relativismo

Sostituisce qualsiasi pretesa di un mondo razionalmente ordinato. Alla razionalità scientifica sostituisce ora la razionalità estetica. La razionalità scientifica si basava sui principi matematici e della logica, sul principio di identità e di contraddizione, sulla reiterazione e verificabilità degli avvenimenti; questi principi non hanno alcuna validità, si deve cercare un'altra base che è l'estetica. La razionalità estetica si fonda sull'intensità dei sentimenti, delle emozioni, dell'ammirazione, della contemplazione e della autenticità dell'esperienza, la dimensione sensibile e affettiva dell'amore umano, delle decisioni personali e delle reazioni istintive. Per la postmodernità la verità non è adattamento alla realtà ma interpretazione della stessa in una temporalità dell'essere. Non

esiste altro che la ragione strumentale di carattere plurale, incredulo, ludico, ironico, distruttivo, inclinata alle tendenze superficiali della curiosità in una fenomenologia di segni e di apparenze. La verità è sostituita dal gioco delle immagini, l'ontologia dalla semantica, la determinazione dalla indeterminazione, la trascendenza dalla immanenza, i concetti dalla metafora. Invece del principio della causalità si adduce quello della relazione tra i fenomeni. È assurdo che la religione sia unica, al posto di Dio si impone un generico divino. Si arriva a un nichilismo teorico, a un relativismo etico e ad una non normatività morale.



4. Il nichilismo

È la filosofia del nulla. Esseri, cose, valori e principi sono negati e si riducono al nulla. È una ufficializzazione delle tendenze distruttive esistenti nella società. Si lega specialmente con Nietzsche. Nietzsche distingue due tipi di nichilismo, il buono e il cattivo; il buono consiste nel distruggere tutti i valori del passato per edificarne altri nuovi che sono quelli del superuomo. Il cattivo consiste nell'attendere tranquillamente che gli antichi valori arrivino alla fine e nel non supplirli con quelli del superuomo. Non si può conoscere la verità, ma solo punti di vista mutevoli. La volontà non può fare niente di buono. Poiché Dio è morto,

non vi è alcun punto di riferimento normativo. La storia non può avere un autoperfezionamento intrinseco. Tutto è fugace e provvisorio, pertanto non si può accettare alcun impegno serio. Proclama la “ontofobia”, cioè la desertificazione di tutto. La verità obiettiva si sostituisce con i “punti di vista”. La vita non ha valore poiché non è irripetibile, si tramuta nella reincarnazione, pertanto si può trafficare con essa nella clonazione, negli embrioni supernumerari, nella eugenetica, nella eutanasia, ecc.

5. Sfiducia verso il futuro

Tutto è caducità, frammentazione e caos, non vi è alcun elemento eterno e immutabile. Il presente è il punto di incrocio del passato con il futuro ed è l'unico che conta. Vi è una crisi della temporalità e uno storicismo onnipresente, il passato è come una specie di fotografia di un museo, frammenti di simulacri e immagini. La storia e il passato sono oggetti di mercato che si consumano e si interscambiano. Non è possibile fare alcun progetto per il futuro.

6. Ritorno al mistero e alla pseudo religiosità

Non esiste Dio senza dèi, molti salvatori e religioni hanno sostituito l'unico Dio salvatore. Si prospettano religioni senza Dio e senza Chiesa. Si parla del mistero, ma in una prospettiva puramente superficiale, di oscurità e nebulosità.

Specialmente si riflette tutto nella “New Age”, il cui “credo” è riassunto da Jean Vernette in ciò che egli chiama “I 10 comandamenti della New Age”. Sono: 1. Aspetterai con impazienza l'era dell'Acquario. 2. Crederai nel Grande Cambiamento. 3. La tua coscienza si risveglierà attentamente. 4. Ti occuperai del tuo corpo in modo attivo. 5. Seguirai i maestri rispettosamente. 6. Crederai completamente nell'irrazionale. 7. Venererai con fedeltà alla dea Gaia (la Terra). 8. Rifiuterai rigorosamente le religioni esistenti; 9. Parlerai dello spirito con tutta la naturalezza. 10. Riderai della morte, con serenità.

Questa religione preferisce che l'uomo si faccia Dio e non che Dio si faccia uomo. Dio non è una persona ma la più alta vibrazione del cosmo o la più elevata espressione della coscienza trascendentale. La verità è credere: “è vero perché tu lo credi”; oppure, “è vero affinché tu ti senta bene”. Ognuno ha una illuminazione interiore. Non vi è colpa né peccato, né redenzione, né espiiazione, né grazia; non esiste il male, pertanto nessuno è responsabile del male. Non si deve temere la morte, perché c'è la reincarnazione, non la risurrezione. La religione consiste nel proiettare le proprie aspettative, è una religione su misura. È il “pensiero debole” religioso di una società secolarizzata e individualista. Rifiuta totalmente il Cristianesimo.

7. Il principio della diversità

Non vi è unità ma solo frammentazione. La società si trasforma in gruppi di simboli, associazioni, movimenti. La solidità del partito politico, l'individuo, la nazione, sono così sostituiti.

8. La tolleranza

Con la comunicazione rapida la società attuale acquisisce le caratteristiche di essere pluriculturale e plurirazziale. È una società senza equilibrio.

9. Il mondo

Si parte da un ecologismo totalizzante che persegue lo sviluppo sostenibile, che si suole definire come “la Pace Verde” e si colloca come reazione contro gli effetti perversi del dominio tecnologico. L'affermazione centrale è che l'uomo dipende dalla natura e non la natura dall'uomo.

Il mondo non ha né senso né valore, non ha alcuna meta. È desaccralizzato. Non esiste più come creazione di Dio ma come universo o universi, come mondi infiniti soggetti alle scienze chiamate a scoprirli e a dominarli, e in caso di prosperità, sfruttarli. Il mondo è così incerto, debole e con un futuro imprevedibile. È solo un depo-

sito di cose e oggetti, non ha alcun ordine divino inserito nelle leggi della natura. Le scienze non mirano alla costruzione umana ma al progresso come tale; si dirigono alla loro finalità pratica, per esempio, accrescere il benessere, nutrirsi meglio, vivere meglio, ecc., senza alcuna valutazione etica. La tecnica e il sapere scientifico sono motivati dai loro interessi economici e dai contratti commerciali; resta totalmente soppressa la gratuità. Gli orizzonti della loro speranza si rinchiudono in ciò che è provvisorio e in ciò che è immediatamente accessibile.

10. L'uomo

La vita sociale si rinchiude in ciò che è economico e politico. L'uomo si sente perduto e senza possibilità di integrazione. Non ha né significato né meta; è un “turista”, un “vagabondo”, uno “straniero morale”. La funzione del significato di tutto lo dava prima la religione. Ora questa si relega al privato, senza ingerenza né economica né politica. L'uomo si pone nel posto che prima si assegnava a Dio.

Si ha un nichilismo nel campo filosofico, un relativismo nel campo gnoseologico e morale e un pragmatismo nella vita quotidiana. L'uomo non è più il centro della natura che sotto il dominio di Dio domina tutte le cose, ma una piccola parte della natura come le piante e gli animali.

Si parla di quattro epoche dell'uomo: nell'epoca moderna si professava la soggettività come fonte di verità e la libertà come supremo dominio, era l'epoca del “terzo uomo”, ora si è passati alla cultura del “quarto uomo”. Il “primo uomo” fu quello della cultura filosofica greca, il “secondo uomo” quello della cultura medievale cristiana, il “terzo uomo” l'uomo scientifico della modernità; ora siamo di fronte al “quarto uomo”, all'uomo dei consumi e dell'audiovisivo. Non si rifiuta ora né la filosofia, né la religione, né la scienza, ma si considerano come giochi linguistici nel caleidoscopio pirotecnico di un sapere non più monolitico ma pluralistico e diffuso: “Dio è morto, tuttavia si

può ancora credere in Dio; le due cose in fondo si equivalgono⁷⁷. Si arriva a un sincretismo o a una indifferenza totale. Così l'uomo postmoderno rimane solo, debole, povero e insicuro; perdendo Dio ha perduto la sua identità, è "come un vagabondo che attraversa il deserto e conosce solo le piste segnate dalle sue orme, cancellate dal vento nello stesso momento in cui cammina"⁷⁸.

Il primo e il secondo uomo erano una sintesi equilibrata della storia della metastoria. Tale sintesi fu distrutta dal terzo uomo che sostituì la religione e la filosofia con le scienze. Quanto alla storia dell'umanità si afferma che non vi è più storia, né passato con validità. Non vi è passato né futuro, si vive solo l'oggi nel piacere e per il piacere, per questo vale la pena di essere forte e insuperabile.

La sofferenza, specialmente nella fase terminale, non è piacevole, né buona, né utile per nessuno, per questo non ha senso, si deve eliminarla con qualsiasi mezzo disponibile (suicidio, eutanasia, ecc.). Si invitano i superuomini, che Engelhardt chiama "cosmopoliti" e che sarebbero gli esperti in biogenetica, affinché realizzino l'eutanasia aiutando il paziente terminale "a morire con dignità".

Il quarto uomo è un uomo senza qualità. È passato dalla tecnologia dei bisogni alla tecnologia dei desideri. Sente solo desideri da accontentare e soddisfare, non più necessità. Questo lo può realizzare specialmente con la tecnologia più appropriata, cioè i mezzi audiovisivi. Il sapere filosofico era proprio del primo uomo, il religioso del secondo, lo scientifico del terzo, il sapere espressivo del quarto. Vi è una confusione tra il volto e la maschera, tra la storia e la favola. I mezzi di comunicazione creano questa confusione in modo che infine neppure la favola esiste. Questo è il nuovo sapere, è il sapere dell'arte o estetico. Così si costituisce l'uomo radicale. L'uomo radicale professa un individualismo totale, possessivo e anarchico; si manifesta in una serie di negazioni: è antifamiliare, antimilitarista, anticlericale, antipartito, antistatale. Alla sua spontaneità attribuisce un valore assoluto, con le conseguenze socio-

politiche della liberazione sessuale, dell'omosessualità, del femminismo, dell'aborto, del divorzio, della lotta contro i manicomi, contro le carceri, contro i concordati, per l'abolizione dell'insegnamento religioso, ecc. È l'uomo dell'anticultura radicale.

Per questo uomo, persona o individuo non sono la stessa cosa. La persona è solo un insieme di attività o di proprietà, come le operazioni mentali, l'autocoscienza, il sensoriale, la capacità comunicativa e la rappresentazione simbolica. Nel caso che queste attività non ci siano, non si è persona ma solo individuo. Così, quando per esempio



si uccide un uomo che non è cosciente, non si è colpevoli poiché non si sopprime la persona ma un individuo; così spiegano la liceità della distruzione di embrioni, della clonazione terapeutica, della eugenetica, della eutanasia, ecc.

L'unico male è la repressione. Nessuno deve inibire nessuno. Al detto "tutti siamo peccatori" si contrappone "tutti siamo perfetti". Ciascuno è la misura del bene. Così ciascuno può usare gli altri e tutto ciò che esiste come oggetti per riempire i propri desideri. Si è dunque pienamente liberi. Si hanno solo diritti, nessun obbligo. Il potere pubblico si legittima solo con il principio dell'utilità. La felicità è uguale al benessere e al piacere che non consiste nel colmare i bisogni, ma i desideri, nel consuma-

re oggetti, cose, esperienze. Il consumismo è il nuovo dio, niente può esistere senza di esso.

L'uomo radicale non ha alcun limite se non è il contratto. La legge non lo vincola perché questa si indirizza al bene comune che si nega. Si accetta il contratto solo come reciprocità e solo nel caso che sia vantaggioso; i contratti che non siano vantaggiosi non si rinnovano. E quando la parte in svantaggio si ribella, si usa la forza di qualsiasi tipo da parte del forte e si sopprime il debole. Così si legittima la produzione, la commercializzazione indiscriminata di qualsiasi tipo di arma e si arriva alla sua soddisfazione massima. Si passa dalla difesa dei diritti dell'uomo alla difesa dell'uomo dei diritti⁷⁹.

L'ambiente in cui vive questo uomo è il mondo evoluto dell'alta tecnologia in cui i Paesi ricchi desiderano dettare le norme a tutti, nella globalizzazione economica computerizzata, per vivere a scapito del mondo degli esclusi, i Paesi poveri che non contano se non come potenzialità di sfruttamento-investimento, sia di materie prime che di mano d'opera a buon mercato. Gli investimenti si fanno in mani anonime di società per azioni nelle quali l'unico movente è il maggior guadagno economico secondo la variazione dei mercati, senza curarsi dei disordini economici prodotti nei Paesi poveri per la fuga dei capitali all'estero.

Di conseguenza abbiamo la "scienza senza coscienza" come espressione dell'"Homo potens", signore della vita e della morte, che tuttavia continua a temere la morte che ha voluto mascherare, arrivando persino, nei funerali, ad atteggiare un sorriso sul volto dei cadaveri. Malgrado tutto, l'esperienza accerta che l'"Homo potens" nel profondo è diventato, anche se molte volte non lo confessa, l'"Homo pavidus".

Non c'è da sorprendersi se in un mondo che si vuole strutturare in questo modo ci troviamo con la depressione come il maggior assassino che esista.

Come senza dubbio ascolteremo in questa conferenza internazionale, nella cultura della postmodernità ci sarà chi spiegherà la depressione come un conflitto motivato da vecchi tabù sessuali esaminati

dalla psicoanalisi; oppure da problemi biologici causati dalla serotonina o noradrenalina; o con quelli che chiamano “conflitti cognitivisti cerebrali”, che sarebbero qualcosa di simile ai bug o virus nei computer; o anche che l’attribuiscono a reazioni chiamate sistemiche perché si possono curare ricorrendo al “sistema” entro una terapia familiare; altri ricorreranno alle teorie della Gestalt opinando che la depressione si deve a una specie di schema psichico, creato da fattori endogeni ed esogeni, che nell’istinto di conservazione rifiuta un evento sgradevole.

Non c’è dubbio che vi siano depressioni dovute a disturbi fisiologici e che pertanto si devono curare con medicinali che li risolvano. Altri disturbi saranno psicologici, affettivi o di qualsiasi altro genere; ma nel fondo si trova a mio parere tutta questa mentalità postmoderna che abbiamo cercato di sintetizzare e sistematizzare, che in un modo più o meno esplicito penetra i contenuti culturali della società attuale che ci dà la paralogia della instabilità. È il declino del pensiero che si è chiamato con proprietà “pensiero debole” e che come tale non può generare nessun altra cosa che la orrenda cultura della morte, che provocando nel profondo una paura incontrollabile si esprime apertamente con tutta una serie di depressioni.

S. Tommaso d’Aquino e la depressione

Mi sia permesso terminare questa introduzione contrastando l’assurdo pensiero dell’anticultura radicale con alcuni aspetti del pensiero “forte” medievale tratti da uno dei suoi pensatori più significativi, S. Tommaso d’Aquino, che a suo modo, con il termine di accidia si avvicinava a ciò che oggi chiamiamo depressione. Così come in un quadro del Caravaggio, con il chiaroscuro di S. Tommaso e della Postmodernità, inquadreremo lo studio che faremo in seguito.

S. Tommaso, riassumendo il pensiero di S. Gregorio, di S. Giovanni Damasceno, di S. Isidoro di Siviglia e del Maestro Cassiano, ci dà una sintesi di aspetti che si consideravano di grande importanza

nel pensiero ecclesiastico e che a mio parere nella nostra epoca possono essere meditati con profitto riguardo alla depressione e al suo rimedio.

L’accidia, dice S. Tommaso, è una specie di tristezza che ha una connotazione corporale, aumentando con il calore del giorno e della stagione; con essa qualcuno si lamenta di non avere i frutti spirituali desiderati. Si deve sopportarla e superarla. Deprime in tal modo l’animo che al depresso niente richiama l’attenzione e così si aggrava la sua tristezza¹⁰. Implica il tedio di agire. È un torpore della mente che non lascia iniziare niente di buono. “*Torpor mentis bona negligentis inchoare*”. È male in sé e nei suoi effetti. È male in sé perché apprezza come male ciò che è bene. È male nei suoi effetti perché distoglie l’uomo dall’agire bene. La sua malvagità si accentra sui suoi stessi desideri. È una tristezza che si sperimenta a causa di qualcosa che è buono. Si accresce con l’interazione corporale deficiente. L’accidia disprezza i beni che Dio ci dà. La si vince pensando e sperimentando i beni spirituali¹¹.

Secondo S. Gregorio le figlie dell’accidia sono sei: malizia, rancore, pusillanimità, disperazione, torpore sui precetti, divagazione della mente verso ciò che è illecito¹². S. Isidoro dice che l’accidia è un’inclinazione a un riposo indebito¹³, e da essa si originano l’ozio, la sonnolenza, l’inopportunità della mente, l’inquietudine del corpo, l’instabilità, la verbosità e la curiosità.

È una specie di tristezza sotto il cui peso si è incitati a determinate azioni. Spinge l’animo a fare ciò che più intristisce ed evitare ciò che può rallegrare. Per evitarla è necessario che l’uomo fugga da ciò che gli causa tristezza o che si separi da coloro che lo rattristano. Un altro modo è che faccia ciò che gli aggrada. La fuga del fine si deve alla disperazione; la fuga dei beni che portano al fine, alla pusillanimità; il non adempiere ai precetti, al torpore, l’impugnazione di quelli che propongono i beni spirituali, al rancore; l’odio dei beni spirituali, alla malizia; lasciare ciò che è spirituale per gli appetiti materiali, si fa per la divagazione della mente verso ciò che è illecito. Si

origina così l’amarezza come effetto del rancore¹⁴.

L’accidia si oppone alla gioia. Consiste nel rattristarsi per il bene divino di cui si gode per la carità. Cassiano dice che l’accidia si ha frequentemente in coloro che vivono soli e che è il nemico più contagioso e frequente di coloro che abitano nel deserto¹⁵.

L’accidia è la tristezza del bene spirituale inteso come bene divino. E arriva ad essere peccato mortale quando ottiene tutto il consenso della ragione come fuga, avversione e odio del bene divino. Quando non arriva alla piena coscienza, ma rimane nei sensi, allora non è che un peccato veniale. Non consiste nell’allontanarsi da qualsiasi bene spirituale, ma dal bene divino. Anche se tra i santi si hanno certi aspetti di accidia, non arrivarono a consentirla pienamente¹⁶.

Conclusione

Sembra che arriviamo così a collegare S. Tommaso con la postmodernità: l’accidia è in ultima analisi la tristezza per il bene divino che si gode con la carità. Questo bene divino non è altro che la stessa vita divina. Rattristarsi per essa è intenderla come un male, come un inconveniente, negarla. Negare la vita è la morte. Tutto il pensiero della postmodernità sfocia nella morte, nella cosiddetta anticultura radicale del quarto uomo. L’accidia confluisce così nell’“homo pavidus” postmoderno, nell’uomo depresso. L’unico rimedio è l’affermazione della vita di fronte all’anticultura della morte. L’unica affermazione incontestabile della vita è la risurrezione. Solo la risurrezione di Cristo e la nostra risurrezione in Lui, fuori da qualsiasi invenzione geniale religiosa ma come un fatto accaduto e che accade, allontana la depressione da qualsiasi palliativo e arriva alle sue ultime radici distruggendole completamente, poiché distrugge la morte.

Quindi tutte queste idee sintetiche sulla postmodernità e su S. Tommaso d’Aquino servono come una piccola introduzione alla nostra conferenza internazionale sulla depressione.

Iniziamo le nostre riflessioni con la lezione magisteriale di sua Eminenza il Cardinale José Sarai-va Martins, che tratterà dell'antropologia biblica e la fede cristiana in relazione alla depressione. Dopo le sue riflessioni procederemo nei tre passi della Conferenza che abbiamo illustrato nel nostro programma: prima approfondiremo che cosa è la depressione, poi cercheremo di comprenderla alla luce della Parola di Dio e finalmente estrarremo delle conclusioni pratiche su come affrontarla.

Ringrazio fin d'ora con la più grande cordialità tutti i grandi esperti che ci faranno il favore di accompagnarci in questa riflessione mettendo a nostra disposizione il loro sapere, la loro scienza e la loro competenza: che non vi è dubbio apportano un aiuto insostituibile per compiere la missione che il Santo Padre ci ha affidato nel Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Una volta ancora, molte grazie a loro e molte grazie a tutti per la loro qualificata presenza.

S.Em.za Card. JAVIER
LOZANO BARRAGÁN
Presidente del Pontificio Consiglio
Per la Pastorale della Salute
Santa Sede

Note

¹ Cfr. I SANNA, *L'antropologia cristiana tra modernità e postmodernità*, Brescia, 2001, 160-161.

² Cfr. F. NIETZSCHE, *Ecce homo, Wie man wird was man ist*, Trad. italiana: *Come si diventa ciò che si è*, Milano 1965, 80-117.

³ Cfr. M. HEIDEGGER, *Aus der Erfahrung des Denkens*, Pfullingen 1953, 76. *Essere e tempo*, Milano 1976, 168-178.

⁴ Cfr. L. WITTGENSTEIN, *Tractatus lógico-philosophicus*, Torino, 1964, prop. 6,52, 521, 41, 42, 4311; *Ricerche filosofiche*, Torino, 1967, 124, 130-132. *Tractatus Lógico-philosophicus e Quaderni*, 1914-1916, prop. 8,7,16., prop. 8,7,16.

⁵ J-F LYOTARD, *Il postmoderno spiegato ai bambini*, Milano 1987, 28; *La condizione postmoderna*, Milano 1981, 6,20-24, 69-76, 98-122; *Postmoderno e filosofia*, 410.

⁶ Per le opere di Vattimo, si veda: G. FORNERO, *Postmoderno e filosofia*, 411-420; *Il Postmoderno e le sue filosofie*, in *Le Filosofie del novecento*, ed. G. Fronero-Tassinari, Milano 2002, 1204-1214. Cfr. G. VATTIMO, *La fine della Modernità, Nichilismo ed ermeneutica nella cultura postmoderna*, Milano 1985, 9-30,189; *Credere di credere. È possibile essere cristiano nonostante la Chiesa?*, Milano 1996, 25-26; *Dopo la cristianità. Per un Cristianesimo non religioso*, Milano 2002, 57-58; *Filosofia al presente*, 26; *La società trasparente*, Milano 1989, 11-17.

⁷ G. MORRA, *Il quarto uomo*, Roma 1992, 11-23.

⁸ I. SANNA, *L'Antropologia cristiana tra modernità e postmodernità*, Brescia 2001, 337.

⁹ Per questa sintesi della Postmodernità, cfr. ISAÍAS DÍES DEL RÍO, *Postmodernidad y nueva religiosidad*, RelCult XXXIX (1993) 59-63. M.P. GALLAGHER, *Parlare di Dio all'uomo postmoderno. Linee di discussione*, ed. Poupard, Roma 1994, 5,7; *Fede e cultura*, Cinisello Balsamo (Milano) 1999, 103-108; 124-125; G. BRUNI, *Dire Dio agli uomini d'oggi*, ed. Poupard, Roma 1994, 26-27; G. FORIERO,

Postmoderno e Filosofia, Torino 1994, 411; N. ABBAGNANO-G. FORNERO, *Ecologia*, Torino 1994, 335; I. SANNA, op. cit. 220-236; Ch. Taylor, *Il disagio della modernità*, Roma-Bari 1994, 12-14; G. MUCCI, *La diffusione dell'Individualismo*, Civ.Catt. (1997), 468-477; R. CESARANI, *Raccontare il postmoderno*, Torino 1997, 140-145; D. HARVEY, *La crisi della Modernità*, Milano 1993, 63; GATTO TROCI, *Nomadi spirituali*, Milano 1998, 17; Ch. SINISCALCHI, *Il dio della California*, Roma 1998, 33-34; G. FILORAMO, *Il risveglio della gnosi ovvero diventare dio*, Roma-Bari, 1990; J. VERNETTE, *La nuova era*, Roma 1998, 111-123; F. VOLPI, *Nichilismo o nichilismo*, Dfil 756-758; A. SANTUCCI, *Nichilismo*, EncFil III, 890-891; V. POSENTI, *Terza Navigazione, Nichilismo e Metafisica*, Roma 1998, 352-353; G. ARDISONE, *Il postmoderno*, Milano 1998, 28-32; Z. BAUMAN, *Postmodern Ethics*, Oxford-Cambridge 1993, 240; DOTOLLO, *Secolarismo e Nichilismo nella Fides et ratio*, Cinisello Balsamo 1999, 270; S. LATORA, *La ripresa del primato dell'Etica*, Cinisello Balsamo 1994, 125-126; M. MCKEEVER, *Postmodern with a difference*, StMore 37 (1999) 185-214; R. FRATALLONE, *L'etica teologica e le istanze della postmodernità*, Cinisello Balsamo 1994, 76-77; G. CHIURASI, *Il postmoderno*, Torino 1999, 18-22; S. CREMASCHI, *Ecologismo*, ENCFSU, 243.

¹⁰ S. GIOVANNI DAMASCENO, *De Fide orthodoxa* I.II, c.14. MG 94, 932B.

¹¹ S. TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, Seconda Secundae, q.35, a. 1 Marietti, 1952.

¹² S. GREGORIO, XXXI *Moral C.* 45 al 17 in Vet 31 n,88 ML 76, 621 B.

¹³ S. ISIDORO, *De Summo Bono*, Al. Senten. I.II, c. 37 ML 83, 638 C.

¹⁴ S. TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, Seconda Secundae, q.35, a. 4. Marietti, 1952.

¹⁵ CASIANUS, *Lib. X de Institutis Cenobiorum*, ML 49,363 A.

¹⁶ S. TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, Seconda Secundae, q.35, a. 2-3.



PROLUSIONE

JOSÉ SARAIVA MARTINS

La depressione: fenomeno clinico, antropologia biblica, fede cristiana

Introduzione

La depressione è diventata la malattia del nostro secolo, quasi un simbolo dei tempi moderni. Forse non ha molto senso fare riferimento alle statistiche, ma, secondo alcune stime, la depressione colpirebbe il 12% della popolazione.

Per la sua larga diffusione, la depressione è stata definita anche il “raffreddore” della psichiatria. Essa colpisce uomini e donne, giovani e vecchi, abitanti di nazioni industrializzate e di paesi in via di sviluppo (cfr. Nuber, 1991, 6).

Un gruppo di ricercatori è andato anche oltre chiedendosi se non siamo tutti depressi (cfr. Wooldruff, 1975); e si è posta una domanda inquietante: “Quanto è normale essere depressi?” (Zung, 1972). La risposta è certa: la depressione non è mai uno stato normale, anche se, come viene sempre più spesso rilevato, in questo campo esiste una notevole confusione concettuale, non distinguendo chiaramente, per esempio, la tristezza e il lutto, come reazioni del tutto naturali ad una situazione di perdita, dalla depressione come malattia. Infatti, la parola “depressione” può avere diversi significati: può definire un sentimento, uno stato clinico o uno stile caratteriale (cfr. Friedman, 1974, 282).

La nostra esposizione non consiste in uno studio clinico sulla natura e terapia della depressione, ma

vuole essere una riflessione cristiana su un fenomeno psichico che ha anche una dimensione religiosa e spirituale. Proprio in tale ottica, dopo aver brevemente esaminato il fenomeno della depressione, ci interrogheremo su come è vista la depressione nell’antropologia biblica e sulle possibili risposte della fede cristiana.

1. Il fenomeno della depressione

a) Definizione e classificazione

Per depressione si intende un insieme di sintomi che determinano un umore triste e “abbattuto”, una mancanza di interesse e di carenza impulsiva, un’inibizione motoria e psichica, con contenuti mentali tipicamente depressivi e con determinati disturbi somatici (cfr. Lindzey, Thompson and Spring, 1991, 685-712.).

R.E. Kendell, concludendo la sua rassegna delle diverse classificazioni, trova come criterio più frequente la distinzione tra la depressione di tipo *endogeno/psicotico* e la depressione di tipo *reattivo/nevrotico*. Il tratto distintivo viene individuato nella capacità del paziente di affrontare la realtà (cfr. Kendell, 1976, 25; Kendell - Courlay, 1970, 257, ecc.). Sintomi come le allucinazioni, forse anche qualche sintomo somatico (disturbo del sonno, perdita del peso), possono essere associati al

tipo psicotico. Sensi di colpa, angoscia e comportamento agitato possono essere associati alla forma nevrotica.

Un’altra proposta, di orientamento psicodinamico, è quella formulata da Arieti e Bemporad. Questi autori sono convinti che, nella maggioranza dei casi, sia possibile individuare se si tratti di una depressione psicotica o nevrotica, ma essi propongono di chiamare le due forme come depressione grave (*severe*) e depressione leggera (*mild*), utilizzando il criterio soggettivo del paziente, cioè se lo stesso accetta o meno la propria depressione. Se il paziente accetta la depressione come un modo di vivere, e la vive perciò come sintonica, allora si tratta di una depressione grave, psicotica; se invece la depressione non viene accettata come modo di vivere e la persona cerca aiuto, essa viene considerata distonica, ossia leggera (nevrotica).

b) Depressione, tristezza e infelicità

La depressione non si può ridurre ad un solo fattore. Essa è il risultato della coincidenza di diversi fattori. Nel suo inizio e nel suo decorso giocano un certo ruolo i fattori biologici, storici, ambientali e psicologici (cfr. Fennell, 1998, 169).

Molte persone non arrivano mai ad una depressione clinica; tale de-

pressione, con il senso di paralisi che comporta, è diversa dalla tristezza normale. Le persone con depressione clinica mostrano, in generale, alterazioni fisiche e psichiche; le persone non depresse possono mostrare alcuni segni psichici della tristezza.

Inoltre, la gente spesso confonde depressione e infelicità. Sovente si sente dire “mi sento depresso”, anche se la persona voleva dire soltanto che non si sente felice. Finché uno non ha sperimentato davvero la depressione, non può accorgersi della enorme differenza tra l’essere depressi e l’essere infelici. Quando siamo infelici, nonostante la grandezza della tragedia che ci è capitata, rimaniamo ancora in contatto con la realtà. Quando gli altri ci offrono consolazione e amore, possiamo ancora sentire gratitudine per il calore e il supporto. Ma quando siamo depressi, ci sentiamo come esclusi dal resto del mondo. Il conforto e l’amore offerti dagli altri non penetrano attraverso la barriera e non ci sentiamo né consolati né incoraggiati. Sperimentare una vera depressione significa sentirsi come intrappolati nella pece, o soffocati da qualche denso, pesante materiale o sepolti in una galleria buia. La persona non si interessa di niente o di nessuno, e non sente speranza (Kenneth, 2002, 28).

2. Antropologia biblica

a) Forme di depressione nella Bibbia

Sarebbe anacronistico cercare una terminologia “clinica” nella Bibbia, ma, d’altra parte, trattandosi di esperienze umane universali, esistono tracce di tali esperienze anche nei testi biblici. Ci domandiamo, in particolare, sotto quale forma si presenta la depressione nell’Antico Testamento e quali rimedi offrono i sacri testi.

Negli anni ’90 si è sviluppata una polemica assai vivace tra diversi psicologi, scaturita da un saggio di C.J. Frost, professore del Midway College negli Stati Uniti d’America, che ha posto in discussione il concetto clinico della depressione che si basa sul modello di omeostasi, proponendo, invece,

il concetto di melanconia come alternativa per capire e valutare un sentimento che proviene dall’incongruenza esperienziale. Frost ritiene che il concetto sia ampiamente presente nella letteratura sulla religione in generale, e nei racconti *hassidici* (testi biblici), come sono analizzati da Elie Wiesel (Frost, 1992, 71).

In breve, l’autore sostiene che molte delle persone etichettate come depresse non soffrono di depressione (in senso clinico, cioè di uno stato anormale, negativo), ma di melanconia (uno stato positivo, scelto attivamente). Il punto di partenza dell’autore è la letteratura *hassidica*, dove la melanconia significa una particolare configu-



razione di percezione: la visione di incongruità. Ci sono certi eventi nella vita dove l’unica risposta umana appropriata può essere la melanconia. Ciò non significa che le teorie sulla depressione siano necessariamente false, o che lo stesso concetto di depressione dovrebbe essere eliminato. L’autore suggerisce che potrebbe esistere un sottogruppo di esperienze, finora classificate come depressive, che potrebbero invece essere valutate e affrontate meglio come melanconia.

Partendo dai sintomi, possiamo rileggere alcuni testi biblici, in particolare alcuni Salmi, come espressione di uno stato depressivo. Tra i sintomi più visibili che troviamo in

essi, possiamo ricordare i seguenti: tristezza, mancanza di interesse, diminuita capacità lavorativa, disturbi del sonno, perdita di peso, sensi di colpa, pensieri suicidi (incluso il desiderio di morire o di non essere mai nato), voglia di piangere. Riportiamo qualche esempio tra i Salmi, dove si riconoscono alcuni dei summenzionati sintomi.

Salmo 55 (v. 5-6): paura, buio (più estensivamente: v. 2-15; 17-24):

“Dentro di me frema il mio cuore, piombano su di me terrori di morte.

Timore e spavento mi invadono e lo sgomento mi opprime”.

Salmo 88 (v. 1-6): Paura, vita trasformata in inferno, uomo senza aiuto:

“Signore, Dio della mia salvezza, davanti a te grido giorno e notte. Giunga fino a te la mia preghiera, tendi l’orecchio al mio lamento”.

“Io sono colmo di sventure, la mia vita è vicina alla tomba. Sono annoverato tra quelli che scendono nella fossa, sono come un morto ormai privo di forza”.

Salmo 102 (vv. 1-12): sembra esprimere alcuni sintomi fisiologici della depressione:

“Signore, ascolta la mia preghiera, a te giunga il mio grido. Non nasconderti il tuo volto; nel giorno della mia angoscia piega verso di me l’orecchio. Quando ti invoco: presto, rispondimi”.

“Si dissolvono in fumo i miei giorni e come brace ardono le mie ossa. Il mio cuore abbattuto come erba inaridisce, dimentico di mangiare il mio pane. Per il lungo mio gemere aderisce la mia pelle alle mie ossa”.

Uno dei sintomi corporei della depressione nevrotica può essere il *comportamento agitato*. Tale fenomeno si può documentare già nel mondo antico, compreso il

mondo biblico. *1Re* 21,27-28 descrive la reazione di Acab alla profezia di Elia che pronuncia la condanna divina: “Quando sentì tali parole, Acab si strappò le vesti, indossò un sacco sulla carne e digiunò; si coricava con il sacco e camminava a testa bassa...”. Strappare le vesti, vestirsi di sacco, digiunare, ecc., sono tutti comportamenti associati al lutto. Facendo cenno, però, al camminare a testa bassa, si indicherebbe uno stato di depressione.

Salmo 35,14: “Mi angustiavo come per l’amico, per il fratello, come in lutto per la madre mi prostravo nel dolore”; *Salmo* 38,7: “Sono curvo e accasciato, triste mi aggiro tutto il giorno”. Questi due esempi mettono insieme il camminare (aggirare) con l’essere curvo e accasciato, che sono segni della depressione. Anche il *Salmo* 42,10b: “Perché triste me ne vado, oppresso dal nemico?” (cfr. *Salmo* 43,2: “Tu sei il Dio della mia difesa; perché triste me ne vado, oppresso dal nemico?”).

Un altro esempio di comportamento agitato come sintomo di depressione si trova in *Giobbe* 30,28: “Avanzo con il volto scuro, senza conforto, nell’assemblea mi alzo per invocare aiuto. Sono divenuto fratello degli sciacalli e compagno degli struzzi. La mia pelle si è annerita, mi si stacca e le mie ossa bruciano dall’arsura. La mia cetra serve per lamenti e il mio flauto per la voce di chi piange”. I versi appaiono nel contesto delle lamentele, a ciò si associa, qualche versetto più avanti, l’espressione: la mia cetra è tornata in lutto (Cfr. Barre, 2001, 180-181).

b) Le risposte bibliche alla depressione

Se l’antropologia biblica conosceva il fenomeno della depressione, ci si può domandare quale risposta dessero i sacri testi per tale disturbo. Essi trovano la risposta in alcune convinzioni fondamentali che ne costituiscono altrettanti rimedi: la convinzione che l’uomo è sempre amato ed apprezzato da Dio, che gli è sempre vicino; che il mondo, in linea di massima, non gli è ostile, ma buono, in quanto esprime la grandezza di Dio; che il mondo ha un senso, perché in esso

è presente il suo Creatore; che è normale esprimere le proprie emozioni.

Tali convinzioni vengono sottolineate, in particolare, in alcuni Salmi.

a) *Apprezzamento ed amore incondizionato da parte di Dio*. La fede biblica offre un punto di riferimento indiscusso per il suo valore, per esempio nel *Salmo* 9-10 (vv. 33-35):

“Sorgi, Signore, alza la tua mano, non dimenticare i miseri
Perché l’empio disprezza Dio
e pensa: «Non ne chiederà conto?»”

“Eppure tu vedi l’affanno e il dolore,
tutto tu guardi e prendi nelle tue mani.

A te si abbandona il misero,
dell’orfano tu sei il sostegno”.



b) *Convinzione che il mondo, in linea di massima, non è ostile, ma buono, ed esprime la grandezza di Dio*. Possiamo fare riferimento al *Salmo* 8, dove il salmista contempla la grandezza del creato:

“O Signore, nostro Dio,
quanto è grande il tuo nome su tutta la terra:
sopra i cieli si innalza la tua magnificenza”.

...

“Se guardo il tuo cielo, opera delle tue dita,
la luna e le stelle che tu hai fissate,

che cosa è l’uomo perché te ne ricordi
e il figlio dell’uomo perché te ne curi?”.

c) *Convinzione che il mondo ha un senso perché in esso è presente Dio stesso*. Possiamo fare riferimento al *Salmo* 23 che esprime la sua forte convinzione della presenza di Dio, anche nel buio, o al *Salmo* 139 (vv. 13-14) che canta la meraviglia della saggezza di Dio:

“Sei tu che hai creato le mie viscere
e mi hai tessuto nel seno di mia madre.
Ti lodo, perché mi hai fatto come un prodigio;
sono stupende le tue opere,
tu mi conosci fino in fondo”.

d) *Convinzione che è normale esprimere le proprie emozioni interiori*. Alcuni Salmi esprimono con forza i sentimenti di delusione, rabbia, dolore, per esempio il *Salmo* 6, che sembra una descrizione dei più riconoscibili sintomi della depressione, quali lamentele, insonnia, debolezza fisica, ecc. (vv. 3-8):

“Pietà di me, Signore: vengo meno;
risanami Signore: tremano le mie ossa.
L’anima mia è tutta sconvolta,
ma tu, Signore, fino a quando...?”.
(...)
“Sono stremato dai lunghi lamenti,
ogni notte inondo di pianto il mio giaciglio,
irroro di lacrime il mio letto.
I miei occhi si consumano nel dolore,
invecchio fra tanti miei oppressori”.

Tutti questi rimedi proposti dall’antropologia biblica sono validi anche oggi. Il valore terapeutico delle suddette convinzioni rimane intatto. La fede cristiana, però, aggiunge ulteriori prospettive nelle vicende della vita, e, quindi, anche per la depressione.

3. Depressione e fede cristiana

Un rilevante numero di studi dimostra l’impatto positivo delle risorse spirituali e religiose di una

persona sulla sua salute mentale, compresa anche la depressione (Larson and Larson, 2003, 44). Tra gli altri effetti benefici è stato accertato che le risorse spirituali del paziente depresso hanno accelerato il processo di guarigione. Questa funzione della spiritualità si riferisce, però, soltanto ai processi psichici e cognitivi, non ha, invece, alcun effetto sui sintomi biologici, come la perdita di peso, l'insonnia, la diminuita concentrazione, ecc. (cfr. Larson and Larson, 2003, 44). Per poter orientarsi nel campo del rapporto tra spiritualità e salute mentale, dobbiamo tener presente alcune distinzioni.

a) *Depressione e desolazione*

Uno degli apporti della spiritualità cristiana è la distinzione tra la depressione e la desolazione che può avere cause spirituali. L'analisi della desolazione è uno dei tesori del libro di *Esercizi Spirituali* di Sant'Ignazio di Loyola. Nel n. 317 offre questa definizione: "Quarta regola. Riguarda la desolazione spirituale. Per desolazione intendo ... l'oscurità dell'anima, il turbamento interiore, lo stimolo a cose basse e terrene; l'inquietudine per ogni sorta di agitazioni e tentazioni, tali da spingere alla sfiducia, senza speranza e senza amore; per cui l'anima si trova tutta pigra, tiepida, intristita e come separata dal suo Creatore e Signore".

Tale definizione mette in luce le similitudini e le differenze tra la desolazione e la depressione.

a) Comune per ambedue gli stati è che la lamentela si riferisce ad una esperienza passata; le esperienze attuali sono presentate come emozionalmente non soddisfacenti, noiose e spiacevoli; le facoltà della volontà sono indebolite e quelle dell'intelletto funzionano inappropriatamente; tutta la dinamica della vita e degli interessi per il mondo esterno risulta svuotata.

b) Ci sono però anche delle differenze che ci aiutano a distinguere i due stati d'animo:

– nella desolazione spirituale, le lamentele si riferiscono piuttosto alle *relazioni della persona con Dio*; il principale problema consiste nella preoccupazione per la scomparsa degli effetti della consolazione; le facoltà spirituali ope-

rano in un modo distorto; la persona ne vede la causa fondamentale nella tentazione alla quale pensa di aver più o meno acconsentito;

– nella depressione, invece, le lamentele si concentrano piuttosto attorno all'*immagine di sé* che la persona si è formata o pensa che gli altri abbiano di lei; la persona non riesce ad individuare il vero problema e nessuna spiegazione la convince; le facoltà spirituali sono inibite; le cause si nascondono nei processi inconsci (cfr. Aufauvre, 2003, 47-56).

Per poter discernere l'origine trascendentale di tale esperienza possono servire i seguenti criteri:

1) la persona continua a tendere sinceramente verso la perfezione;

2) nonostante tutte le difficoltà nella meditazione, la persona fa progressi nella vita morale: è umile, benevola e attenta verso gli altri. Dal punto di vista psicologico, si potrebbe aggiungere che è palese come la volontà sia intatta, anzi, sia propensa verso una sempre maggiore collaborazione;

3) nella memoria predominano i ricordi delle grazie precedenti, cioè nell'anima prevale la nostalgia di Dio;

4) sebbene la meditazione e la preghiera non portino alcun frutto, le attività interiori, la contemplazione e l'autoanalisi, rimangono intatte; l'anima vive nella presenza di Dio (cfr. Marcozzi, 1963, 132-135).

b) *La funzione preventiva della vita spirituale*

Una vita spirituale regolare può prevenire le nevrosi, compresa la depressione reattiva. Ciò si spiega tenendo conto della dinamica delle nevrosi.

Le nevrosi o le reazioni esistenziali abnormi sono il risultato di una elaborazione anomala delle stimolazioni emotive, sono cioè "forme inadeguate di reazione, diventate croniche". I sintomi nevrotici possono basarsi su reazioni considerate normali in determinate circostanze, ma che diventano patologiche per la loro intensità e fissazione. Il nucleo di ogni nevrosi è costituito dall'angoscia, ed i sintomi nevrotici sono essenzialmente forme di manifestazione di questa angoscia e di difesa contro di essa.

Una ricerca sperimentale sulla funzione preventiva della spiritualità nella depressione ha dimostrato che la spiritualità funge da moderatore tra esperienze negative e di stress, e la reazione depressiva (cfr. Young et coll 2000, 49-58). In altre parole, una vita spirituale autentica e costante ha anche l'effetto collaterale di corroborare la struttura personale, cioè il *milieu* interiore.

a) La vita spirituale favorisce, innanzitutto, una maggiore *consapevolezza di sé*. Sono poche le attività culturali o artistiche che richiamano tanta attenzione su se stessi come la religione. Il cristianesimo è un costante richiamo alla conversione, alla purificazione, al cambiamento. La preghiera e la confessione, ad esempio, sono sempre, per loro stessa natura, attività centrate sulla persona. Il primo effetto positivo di una vita spirituale costante è, perciò, una maggiore autocoscienza. Va detto che anche la psicoterapia mira, ad un altro livello, ad una sempre crescente autocoscienza della persona come via e mezzo della guarigione. Questo ritorno al nucleo personale nella prassi spirituale avviene in tre momenti: il primo consiste nella purificazione della mente da tutto ciò che Sant'Ignazio chiama "inclinazioni disordinate"; il secondo è l'orientamento positivo verso valori superiori (oggi spesso chiamato autotrascendenza); il terzo, infine, è rappresentato da una vera libertà interiore. La letteratura mistica chiamava questi tre momenti le "tre vie": purificazione, illuminazione, unione con Dio.

b) La vita spirituale mette il credente in una situazione continua di empatia divina. Per impostare la consulenza pastorale, S. M. Natale parte dal fatto teologico che l'Incarnazione è, di fatto, un "processo terapeutico" di Dio, cioè l'accettazione ontologica dell'uomo da parte di Dio (cfr. Natale, 1977, 21). Il punto d'incontro tra la teologia e la psicologia è questo: il presupposto che l'uomo è in fondo "accettabile". La teologia chiama questo stato "giustificazione"; se la persona ne diventa consapevole e l'accetta, si dice che si trova in "stato di grazia".

c) La fede in Dio Creatore rappresenta il fattore che garantisce il

sensu della vita, perché dice che ciascuno è creato per un compito personale nella vita, che è voluto e amato da Dio. Tutto questo offre al credente un clima di profonda sicurezza psichica. Ma la religione svolge un ruolo specifico anche ad un altro livello. Nonostante tutto il nostro sforzo, certi fenomeni irrazionali, senza senso, restano: le guerre, le distruzioni, la sofferenza, la morte stessa. Ebbene, a queste irrazionalità solo la religione può offrire all'uomo una risposta accettabile.

d) La fede nel Cristo risorto apre l'uomo alla speranza, alla gioia pasquale, all'ottimismo che genera uno stato d'animo diametralmente opposto a quello della depressione.

Abbiamo esaminato alcuni processi psicoterapeutici che mirano a rafforzare i meccanismi di autodifesa della psiche umana. Il denominatore comune di tutti questi processi è il fatto che essi aumentano la resistenza del *milieu* interiore. Gli stessi processi, lo abbiamo visto, sono presenti anche nella vita spirituale che non è costituita da prassi specifiche, ma da un vissuto interiore, continuo, stabile, personale.

Conclusione

Abbiamo intrapreso un viaggio nel fenomeno della depressione partendo da alcuni dati del mondo professionale della psicologia e della psichiatria. Abbiamo poi attraversato il mondo biblico, trovandovi indizi che attestano la conoscenza della depressione e delle relative risposte, nell'antropologia biblica. Siamo giunti, infine, al mondo della spiritualità cristiana, che in modo sorprendente contiene molti principi psicoterapeutici che possono prevenire l'incidenza o sollevare dalla depressione.

Tale viaggio ci ha aperto nuovi orizzonti per lo studio sulla depressione. L'uomo sofferente ha sempre un posto privilegiato nell'antropologia biblica e nel messaggio cristiano. Il malato non è dimenticato da Dio, anzi è al centro del suo amore compassionevole. Nella Bibbia, Dio rivela la sua identità dicendo a Mosè: "Io sono il Dio di Abramo, di Isacco e di Giacobbe". Queste parole noi po-

tremmo tradurle così: "Io sono il Dio dei malati, dei poveri, dei depressi". Difatti, Gesù ha annunciato proprio così l'inizio della sua missione messianica: "Io sono venuto per i malati...", e qui sono inclusi tutti, anche i depressi. La vita spirituale trasforma questa promessa in contenuti concreti che offrono al credente un appoggio spirituale nell'affrontare ogni malattia, e quindi, compresa la depressione.

S.Em.za Card. JOSÉ
SARAIVA MARTINS
Prefetto della Congregazione
delle Cause dei Santi
Santa Sede

Bibliografia

- AUFMAUVE B.V., "Depression and Spiritual Desolation", *The Way*, 42 (2003) 3, 47-56.
- AKISKAL H. S. - MCKINNEY W. T., "Overview of Recent Research in Depression", *Archives of General Psychiatry*, 32 (1975) 285-301.
- ARIETI S. - BEMPORAD J., *Severe and Mild Depression*, Tavistock Publ., London 1980.
- BARRE M. L., "'Wanderin About' as a Topos of Depression in Ancient Near Eastern Literature and in the Bible", *Journal of Near Eastern Studies*, 60 (2001) 3, 177-188.
- BECK T.A., *Depression: Causes and Treatment*, Univ. of Pennsylvania Press, Philadelphia 1978.
- BECK A.T. (ed.), *Cognitive Therapy of Depression*, John Wiley, Chichester 1980.
- BRYANT C., *Psicologia del profondo e fede religiosa*, Cittadella, Assisi 1989, p. 81.
- DUDLEY M., "Melancholy or Depression, Sacred or Secular?", *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2 (1992) 2, 87-99.
- FERRARO K.F., KELLEY-MOORE J.A., "Religious Consolation Among Men and Women: Do Health Problems Spur Seeking?", *Journal for Scientific Study of Religion*, 39 (2000), 2, 220-235.
- FRANKL V. E., *The Doctor and the Soul*, Vintage Books, New York 1973.
- FREIDMAN R. J. - KATZ M. M. (EDS.), *The Psychology of Depression. Contemporary Theory and Research*, Winston and Sons, Washington 1974.
- FROST C.J., "Melancholy as an Alternative to the Psychological Label of Depression", *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2 (1992) 2, 71-85.
- GRUBER M.I., *Aspects of Nonverbal Communication in the Ancient Near East I-II*, Biblical Institute Press, Roma 1980.
- HART A.D., "There's More to Depression Than Melancholy", *The International Journal*

for the Psychology of Religion, 2 (1992) 2, 109-112.

HOPSON E.R., "The Role of Faith in the Psychotherapeutic Context", *Journal of Religion and Health* 31 (1992), p. 100.

KENDELL R.E., "The Classification of Depression: A Review of Contemporary Confusion", *British Journal of Psychiatry*, 129 (1976) 15-28.

KENDELL R.E. - COURLAY J., "The Clinical Distinction Between Psychotic and Neurotic Depressions", *British Journal of Psychiatry*, 117 (1970) 257-266.

LARSON D.B. - LARSON S.S., "Spirituality's Potential Relevance to Physical and Emotional Health: A Brief Review of Quantitative Research", *Journal of Psychology and Theology*, 31 (2003) 1, 37-51.

LINDZEY G., THOMPSON R. F., SPRING B., *Psicologia*, Zanichelli, Bologna 1991.

LOEWENTHAL K.M., "Melancholy, Depression, and Judaism", *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2 (1992) 2101-108.

LOSTIA M., "Depressione: sentimento o malattia?", *Psicologia Contemporanea*, 22 (1995) 129, 34-39.

MARCOZZI V., *Ascesi e psiche*, Morcelliana, Brescia 1963.

MASLOW A., "Neurosis as a Failure of Personal Growth", in Sahakian W. S., *Psychopathology Today. Experimentation, Theory and Research*, Peacock Publ., Itasca (Ill) 1970 pp. 122-130.

MAY R., "Existential Model", in Sahakian W. S., *Psychopathology Today. Experimentation, Theory and Research* Itasca Illinois: Peacock; 1970; pp. 90-95.

NATALE S., *Pastoral Counselling*, Paulist Press, New York 1977.

NEALE R.E., "Loneliness: Depression, Grief and Alienation", in Wicks R. J. - Parsons R.S. - Capps D.E. (edd.), *Clinical Handbook of Pastoral Counseling*, Paulist Press, New York, 1985, pp. 466-481.

NUBER U., "Uno spiraglio di luce", *Psicologia Contemporanea*, 18 (1991) 105, 4-13.

PROCHASKA J. & NORCROSS J., *Systems of Psychotherapy*, Brooks/Cole, California 1994.

REDGRAVE K., *Anxious Christians. Psychological Problems of Christian Faith*, SPCK, London 2002.

RUDOLF G. A. E., *Depression und Höheres Lebensalter*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1993.

SELIGMAN M.E.P., "Depression and Learned Helplessness", in Freedman R.J. - Katz M.M. (edd.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, Winston & Sons, Washington 1974 pp. 83-113.

SZENTMÁRTONI M., "Vita spirituale e salute mentale", *Rassegna di Teologia*, 34 (1993) 3, 279-296.

SZENTMÁRTONI M., *In cammino verso Dio. Riflessioni psicologico-spirituali su alcune forme di esperienza religiosa*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI), 1998.

SZENTMÁRTONI M., *Moral Judgment and Depression*, UPS, Roma 1981.

WOLFF H.W., *Antropologia dell'Antico Testamento*, Queriniana, Brescia 1975.

WOLPERT L., *Malignant Sadness. The Anatomy of Depression*, Faber and Faber, London 1999.

WOODRUFF R.A. ET AL., "Is Everyone Depressed?", *American Journal of Psychiatry*, 13 (1975) 174-178.

ZUNG W.K., "How Normal is Depression?", *Psychosomatics*, 13 (1972) 174-178.

YOUNG J.S., CASHWELL C.S., SCHERBAKOV A.J., "The Moderating Relationship of Spirituality on Negative Life Events and Psychological Adjustment", *Counseling and Values*, 45 (2000), 1, 49-58.

Prima Sessione

La situazione attuale della depressione nel mondo contemporaneo

SALVADOR CERVERA-ENGUIX

1. La depressione, tra malessere e malattia

Definizione clinica di depressione

Gli stati d'animo devono essere considerati attentamente, in quanto rivelano e toccano il nucleo principale dell'intimità personale. In particolare, lo stato d'animo che esprime tristezza è uno dei malesseri psicologici più frequenti. Tuttavia, sentirsi triste o depresso non è sufficiente per affermare che si soffre di depressione: questo termine infatti ha molteplici significati. Può indicare un segno, un sintomo, una sindrome, uno stato emotivo, una reazione, una malattia o un'entità clinica ben definita.

Nel mondo scientifico, per stabilire quando una fluttuazione dello stato d'animo diventa depressione e quando no, si sono creati due atteggiamenti:

1. utilizzo di un *criterio vasto* di depressione. Include una serie di sintomi, che vanno da sentimenti di tristezza poco stabili – scatenati da avvenimenti puntuali, e che non si ripercuotono in maniera particolare sulla vita del soggetto, fino a profondi stati di tristezza e inibizione che rendono inabile il soggetto. Si ritiene che la differenza sia solo quantitativa, come se esistesse un *continuum* tra le diverse manifestazioni

2. utilizzo di un *criterio adattato e ben definito* di depressione, chiaramente differenziato dagli episodi normali di infelicità, malessere o angoscia¹. L'affezione viene descritta sulla base dei principi diagnostici di ogni malattia (eziologia, corso e prognosi) e si determinano gruppi diagnostici che rispettano criteri ben circoscritti. Si evidenzia non solo il cambiamento quantitativo del quadro, ma anche la differenza qualitativa dei sintomi, specialmente delle caratteristiche e delle conseguenze della tristezza.

Le frontiere tra la tristezza normale e la tristezza patologica

È importante differenziare i disturbi depressivi dai sentimenti normali di infelicità, abbattimento o scoraggiamento, che sono reazioni abituali e adeguate ad avvenimenti o situazioni personali difficili. Il *lutto* per la perdita di una persona amata è un esempio caratteristico di situazione che può essere vissuta con "normalità" o generare una affezione patologica.

I vari modi con cui una persona reagisce affettivamente ad un avvenimento avverso possono essere raggruppati in tre livelli: 1. risposta affettiva normale; 2. risposta affettiva sproporzionata; 3. stato

depressivo (che non sempre è reattivo) secondo una caratteristica diagnostica.

Nella *risposta affettiva normale* ci troviamo di fronte a sentimenti transitori di tristezza e frustrazione comuni nella vita quotidiana. Questa tristezza, che chiamiamo normale, può essere caratterizzata da tre specificità: a) è adeguata allo stimolo che la origina; b) ha breve durata; c) non colpisce in particolare la sfera somatica, il rendimento professionale o le attività di relazione.

La *risposta affettiva sproporzionata* è una risposta con manifestazioni emotive intense e persistenti che, di per sé, interferiscono sulla capacità del soggetto di controllare lo stress che è all'origine di questa risposta emotiva.

Lo *stato depressivo*, nelle sue diverse forme, è uno stato patologico in cui si perde la gioia di vivere, la capacità di agire e la speranza di recuperare il benessere. Presenta un insieme tipico di sintomi, che delineano una sindrome clinica ben definita, che tendono ad emergere simultaneamente, e che non sempre sono associati a stress.

Caratteristiche principali degli stati depressivi

Il termine depressione, come patologia, è un concetto che fa ri-

ferimento almeno a due realtà differenti: a) la depressione come *sintomo*: uno stato d'animo triste, che può accompagnare la maggior parte delle malattie mentali, ma che è anche presente in altre situazioni mediche; b) la depressione come *sindrome o entità clinica*: un insieme di sintomi collegati tra di loro, che definiscono chiaramente un quadro clinico.

In entrambi i casi, come abbiamo detto, siamo di fronte ad uno stato patologico in cui si perde la gioia di vivere, la capacità di agire e la speranza di recuperare il benessere, e che è accompagnato dalle manifestazioni cliniche di seguito descritte².

Stato d'animo e tono affettivo

Tristezza con pena, angoscia o senso di solitudine. Scarsa reattività ai fatti – che siano piacevoli o meno –, mancanza di motivazione, perdita di interesse e/o piacere, sensazione di vuoto, apatia, ansia, tensione, irritabilità, rabbia. Difficoltà ad agire con senso di futuro. Mancanza del senso di speranza.

Pensiero

Diminuzione della concentrazione, indecisione o vacillamento, perdita della fiducia o dell'autostima, convincimento di inutilità personale, senso di colpa senza apparente ragione, impotenza, pessimismo, disperazione, desiderio di morte e idee suicide.

Attività psicomotoria

Rallentamento psicomotorio, mancanza di mimica facciale, incapacità di comunicazioni interpersonali, mancanza di comunicazione o agitazione, inquietudine, impazienza, iperattività incontrollabile.

Manifestazioni somatiche

Cambiamento nelle funzioni vitali: insonnia e/o ipersonnia, aumento o diminuzione dell'appetito e del peso, diminuzione della libido.

Cambiamenti nella vitalità: stanchezza, fatica, diminuzione delle energie, mancanza di vigore.

Sensazioni corporee: dolori e malesseri, cefalea, senso di oppressione, freddo, pesantezza alle estremità.

Sintomi vegetativi: disturbi gastrointestinali, cardiovascolari e altri tipi di disturbi relativi ad una funzione corporale (es., vertigini).

Questo insieme di manifestazioni cliniche dimostrano che ci troviamo di fronte ad uno stato patologico specifico, nettamente distinto dalla tristezza normale, e che acquisisce forme e intensità ben descritte.

Diagnosi clinica degli stati depressivi

La pratica clinica mostra che questa costellazione di sintomi caratteristici non è presente nella sua totalità in ogni paziente, ma per ogni caso sono presenti raggruppamenti sintomatologici più o meno completi. Basti ricordare quanto abbiamo segnalato riguardo la presentazione della depressione come malattia, sindrome, sintomo, ecc., senza dimenticare le interrelazioni con l'ansia e i disordini della personalità, o i nessi ossessione-depressione.

Benché negli ultimi decenni si siano compiuti grandi progressi, la maggior parte dei meccanismi fisiopatologici è ancora sconosciuta. La conoscenza eziologia (causale) della malattia è limitata alle depressioni organiche, e all'esistenza di molteplici fattori – e di diversa natura: biologica, personale o ambientale – che contribuiscono alla comparsa del quadro depressivo. La diversità dei modelli interpretativi delle diverse scuole provoca una difficoltà ulteriore³.

Per questo, al momento di fare una *diagnosi*, si deve utilizzare un criterio eminentemente clinico, basato sui seguenti termini:

1. conoscenza della psicopatologia attraverso l'anamnesi e l'osservazione del paziente, differenziando gli aspetti oggettivi e soggettivi della sintomatologia riferita;
2. descrizione fenomenologica dei sintomi che configurano il quadro clinico;
3. intensità dei sintomi (lievi, moderati, gravi, psicotici);
4. durata della sintomatologia;
5. aspetti quantitativi e qualitativi della tristezza;
6. presenza o meno di sintomi somatici;

Principali forme cliniche

Qui di seguito vengono brevemente descritti i principali disturbi dello stato d'animo clinicamente stabiliti e diagnosticabili. Ognuno di essi presenta criteri diagnostici differenziati, peculiarità eziopatologiche, e in molti casi, un trattamento e una prognosi ben definiti.

Attualmente, in ambito scientifico esistono due sistemi di classificazione delle malattie mentali (CIE 10 e DSM IV-TR) utilizzati a livello internazionale e avallati dalle organizzazioni mediche riconosciute a livello mondiale: l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁴, e l'Associazione Americana di Psichiatria⁵. Pur con alcune differenze, offrono uno schema di classificazione e alcuni criteri diagnostici simili. Abbiamo utilizzato indistintamente la terminologia di entrambe le classificazioni riconosciute a livello mondiale.

Reazione depressiva Disturbo dell'adattamento con stato d'animo depresso

Precedentemente denominata *depressione reattiva*. I suoi sintomi⁶ appaiono in occasione di un preciso evento scatenante che provoca nel soggetto una reazione emotiva sregolata, e che si prolunga oltre l'evento che l'ha provocata. Di solito è un fatto doloroso, ma possono essere anche notizie o indizi che sta per succedere o potrebbe succedere qualcosa di brutto. Come conseguenza del disturbo, i pensieri di questo avvenimento – attuale o futuro – non possono essere evitati, sono sempre presenti e non permettono a nessun'altra idea di farsi strada, impediscono la gioia, l'allegria, paralizzano l'attività e colpiscono anche i processi vegetativi⁷.

Episodio depressivo Depressione maggiore

Per diagnosticare un *episodio depressivo*, è necessario che i sintomi durino almeno due settimane. In questo tipo di disturbo, l'umore depressivo varia poco da un giorno all'altro. Inoltre, c'è una perdita della capacità di interessarsi e di godere delle cose, e una diminuzione della vitalità, che

porta a una riduzione dell'attività e ad una stanchezza sproporzionata. Ci sono poi sintomi supplementari: la perdita della fiducia e dell'autostima, senso di autorimprovero o convinzione eccessiva di colpa, lamenti o evidenze di una diminuzione della capacità di pensare o concentrarsi, indecisione o vacillamento, disturbi del sonno, cambiamenti dell'appetito, e anche pensieri di morte, atti suicidi o suicidio.

In questa figura diagnostica, vengono utilizzati tre livelli di gravità (lieve, moderato e grave), per descrivere l'ampio spettro di quadri clinici che si presentano nella pratica medica. Quantunque i confini tra i diversi gradi non siano sempre facili da determinare, la loro valutazione clinica si basa su criteri oggettivi: il livello di attività sociale e lavorativa, e l'intensità dei sintomi presenti, attraverso un'osservazione diretta, o misurati mediante scale ben definite come quella di Hamilton per la depressione⁸.

Un malato con un *episodio depressivo lieve* solitamente manifesta i sintomi caratteristici della sindrome, anche se non raggiungono un grado intenso. E mostra anche una certa difficoltà a svolgere le proprie attività, benché probabilmente non le lascerà del tutto.

Il paziente con un *episodio depressivo moderato* di solito ha grandi difficoltà nel continuare a svolgere la propria attività sociale, lavorativa o domestica. Ed è probabile che molti dei sintomi specifici si presentino in un grado intenso.

Durante un *episodio depressivo grave* il malato non è in grado di continuare la sua attività lavorativa, sociale o domestica, perché la sintomatologia è intensa, specialmente per quanto riguarda la perdita di stima in se stesso e il senso o la convinzione di inutilità e di colpa. A volte, il malato presenta un'ansia o agitazione intensa, ma può anche verificarsi il contrario: una grave inibizione psicomotoria. Il rischio di *suicidio* è alto nei casi particolarmente gravi.

Distimia

Per diagnosticare la *distimia* si richiede la presenza di uno stato d'animo depresso, della durata di

almeno due anni, in maniera continua, oppure costante-ricorrente, poiché i periodi transitori di normalità raramente durano più di alcune settimane. Mentre l'individuo è depresso, sono presenti almeno tre di un insieme di undici sintomi caratteristici⁹: 1) diminuzione della vitalità o dell'attività; 2) insonnia o ipersonnia; 3) perdita di fiducia in se stesso o senso di incapacità; 4) difficoltà a concentrarsi; 5) frequente desiderio di piangere; 6) perdita di interesse o della capacità di godimento sessuale o di altre attività piacevoli; 7) senso di disperazione; 8) incapacità di far fronte alle responsabilità della vita quoti-



diana; 9) pessimismo sul futuro o continui ricordi sul passato; 10) isolamento sociale; 11) riduzione della volontà di conversare.

Le manifestazioni cliniche dei disturbi distimici, benché abbiano minore intensità, si differenziano poco dalla depressione maggiore, fino al punto che, in alcuni casi, quando i sintomi del disturbo distimico si intensificano tanto da raggiungere la base della depressione maggiore, ci troviamo di fronte alla nota *depressione dubbia*.

Disturbi depressivi ricorrenti Disturbi bipolari Malattia maniaco-depressiva

Presenta una serie ciclica di momenti maniaci e depressivi, con diverse forme di sequenza e inten-

sità. Le cosiddette di *Tipo I*, *Tipo II* e *Ciclotimia*¹⁰.

Nell'insieme dei sintomi di rottura caratteristici delle depressioni, nel caso dei *disturbi bipolari* è abituale che predomini l'apatia sulla tristezza, l'inibizione psicomotoria sull'ansia e l'ipersonnia sull'insonnia. Si osserva anche una minore incidenza dell'anoressia e della perdita di peso, una maggiore labilità emotiva e una maggiore probabilità di sviluppare sintomi psicotici nei casi gravi.

Depressione dovuta a malattia medica o indotta da sostanze Depressioni organiche

La depressione in pazienti affetti da malattie mediche, e quella indotta da sostanze, presenta due problemi diagnostici¹¹. Uno, qualitativo, consiste nella difficoltà di determinare quali sono i sintomi propri della depressione, e quali invece della malattia medica, dato che alcuni sintomi non sono evidenti (ad es., problemi di sonno, perdita dell'appetito, fatica, ecc.). Quello quantitativo è radicato nella difficoltà di diagnosticare se la tristezza è una conseguenza normale della malattia medica o se è già sintomo di uno stato depressivo aggiunto. È necessario analizzare il quadro clinico, compararlo con la reazione affettiva del paziente e determinare quindi il peso di ogni fattore: la *malattia medica* e la possibile *depressione*.

Tale relazione tra stati depressivi e malattia medica si presenta in quadri clinici molto diversificati. Praticamente, non c'è patologia medica che non si associ a un qualche tipo di risposta depressiva¹². Tra le entità cliniche maggiormente associate alla depressione ce ne sono alcune neurologiche, endocrine, cardiovascolari, reumatologiche, infettive e oncologiche¹³.

Dobbiamo considerare anche i quadri depressivi indotti da sostanze. Molte sono le sostanze che possono promuovere un quadro depressivo. Quelle implicate con maggiore frequenza sono alcuni farmaci cardiovascolari (betabloccanti, reserpina) e ormonali (anti-concezionali orali e corticoidi). Anche i farmaci psicotropi come neurolettici e benzodiazepine, e gli anticolinergici. Tra le sostanze

d'abuso, le più frequenti sono l'alcol, l'astinenza alla cocaina, gli oppiacei e le anfetamine.

Melanconia

Depressione melanconica maggiore

Stato depressivo grave con sintomi somatici

Per la sua trascendenza clinica – e la sua connotazione specifica di un disturbo affettivo – la melanconia è un sottotipo di depressione molto importante. La sua origine è attribuita a cause interne (*depressione endogena*), che predisporrebbero il soggetto alla malattia. Sono state segnalate¹⁴ le caratteristiche che differenziano la melanconia dalle altre depressioni: 1) natura costituzionale-ereditaria; 2) storia familiare di disturbo affettivo; 3) personalità premorbida adattata; 4) costellazione clinica specifica; 5) rottura biografica, che il malato vive come un taglio categorico nella sua vita; 6) tendenza alle ricorrenze; 7) presenza di anomalie biologiche; 8) risposta ai trattamenti biologici.

Queste caratteristiche specifiche, e il fatto che si possano riscontrare anche in alcune forme cliniche di depressione maggiore e di disturbo bipolare, affermano che siamo di fronte ad una categoria indipendente e singolare, con un carico maggiore di componente biologica, sia di origine genetica, sia risultante dalla biografia del paziente. Tuttavia, né la CIE 10 né il DSM-IV-TR le danno la rilevanza che, a nostro parere, merita.

Depressione psicotica

Depressione delirante

La sua delimitazione e classificazione restano finora poco chiare¹⁵. Depressione psicotica ed endogena sono state considerate equivalenti da alcuni autori¹⁶. Tuttavia, pazienti con sintomi "endogeni" – poca reattività all'ambiente, variazione diurna dell'umore, insonnia terminale, disturbi dell'appetito e della libido – non necessariamente presentano sintomi "psicotici" – idee deliranti, allucinazioni.

Dal punto di vista clinico, si caratterizza con la presenza di idee deliranti congruenti con l'umore

depressivo, ipocondriache, nichiliste, e con allucinazioni in generale, benché meno frequenti. Assieme a ciò, sono presenti anche gravi disturbi psicomotori, a causa della presenza ininterrotta, variabile e intensa – e senza cambiamenti durante il giorno – di sintomi depressivi.



Fattori determinanti del fenomeno depressivo

Quali fattori intervengono perché nasca una risposta di depressione?

La depressione è il risultato di un dialogo altamente interattivo tra la biologia, i fattori personali e psicologici, e l'ambiente. Questi tre fattori generali sono costituiti, a loro volta, da altri più specifici, che ugualmente si combinano tra di loro in forma dinamica.

Qual è il peso specifico di ognuno di questi fattori?

Fattori biologici

Le diverse modalità metodologiche negli *studi genetici*, tanto familiari¹⁷, con gemelli¹⁸ o per adozione¹⁹, favoriscono una base genetica nelle forme di depressione e, benché il modo concreto di trasmissione resti ancora da chiarire, si valutano diverse associazioni tra determinati geni (es., nei cromosomi 4, 5, 6, 11, 12, 16, 18q e 21).

Utilizzando una serie di strategie biochimiche e neuroendocrine

si sono riscontrate anche alterazioni nei seguenti *neurotrasmettitori*: noradrenalina²⁰, serotonina²¹, dopamina²², acetilcolina²³, acido gamma aminobutirico o GABA²⁴ e glutammato²⁵. Appare tuttavia chiaro che queste monoamine cerebrali non possiedono un effetto diretto sulla regolazione dello stato d'animo²⁶. Recenti ricerche sulla depressione maggiore hanno centrato le scoperte nelle *vie di segnali intracellulari*. Si sono riscontrate anche *alterazioni endocrine e immunologiche*²⁷, che vanno considerate non come agenti causali, bensì come marcatori (indicatori) biologici dello stato di malattia depressiva. Ciò malgrado, la patofisiologia dei disturbi depressivi resta sconosciuta, però tutto sta ad indicare una interazione complessa, e superposizioni di molteplici sistemi che includono neurotrasmettitori, sistemi endocrino e immune, e vie di segnali cellulari.

Fattori personali

Le *caratteristiche di personalità* che predispongono ad una malattia depressiva sono state oggetto di studio e controversie. Sono state proposte almeno cinque ipotesi esplicative dell'interrelazione tra queste caratteristiche della personalità e la malattia depressiva^{28,29}:

1. *predisposizione*: le caratteristiche della personalità potrebbero predisporre a episodi depressivi. Occorre segnalare la descrizione del "*typus melancholicus*" di Tellenbach³⁰, proprio del paziente unipolare endogeno;

2. *stato subclinico*: certi aspetti della personalità (ad esempio, ciclotimia), potrebbero essere manifestazioni della malattia^{31,32};

3. *patoplastia*: le caratteristiche di personalità influiscono nel quadro clinico, nel corso della malattia o nella risposta al trattamento;

4. *complicazione*: le caratteristiche di personalità cambierebbero in conseguenza della depressione;

5. *comorbidità*: è la coesistenza di un disturbo della personalità e un episodio di malattia depressiva³³, benché in genere non si specifichi se detto disturbo predisponga alla malattia o ne sia il risultato.

Possiamo dire che ognuna di es-

se descrive una parte dei casi di interrelazione personalità-malattia, che dipende tanto dal tipo di malattia quanto dalla biografia dell'individuo.

Esiste una serie di *fattori di vulnerabilità*: il neuroticismo o alta vulnerabilità alle situazioni di stress, l'instabilità emotiva, l'ipersensibilità o la dipendenza personale, le difficoltà nelle relazioni interpersonali, la maggiore tendenza all'introversione o insicurezza, e il pessimismo, sono gli aspetti della personalità maggiormente riscontrati³⁴⁻³⁷. Questi aspetti predisporrebbero alla malattia, specialmente quando sono associati a fattori sociali negativi. Ad ogni modo, possono rappresentare una vulnerabilità non specifica della personalità, comune a distinte condizioni di malattia psichica, giacché sono state osservate anche in altre entità psichiatriche^{38,39}.

Esiste anche una serie di *fattori di protezione*, che rafforzano il soggetto, come i sistemi di credenze religiose e di valori, il grado di maturità psicologica che permette una risposta equilibrata da un punto di vista emotivo e razionale, la facilità di captare e assumere il senso delle esperienze proprie e altrui, i sentimenti stabili di appoggio e appartenenza propri delle relazioni personali, o l'esercizio della libertà per la realizzazione di progetti che compromettono in maniera stabile e che vincolano agli altri⁴⁰.

Fattori ambientali

È stata descritta una maggiore probabilità di disturbi depressivi quando esistono fattori esterni avversi quali: storia di eventi traumatici, avvenimenti stressanti recenti, morte prematura di un familiare, educazione inadeguata da parte dei genitori, povertà, malnutrizione, malattie mediche, storia familiare o personale di episodi affettivi, insufficiente supporto sociale⁴¹. Tutti questi fattori ambientali, che fanno parte della biografia dell'individuo, si ripercuotono su di lui, creando una vulnerabilità allo stress. Allo stesso modo è stato dimostrato che la comparsa di episodi depressivi viene percepita da un aumento degli eventi stressanti⁴².

Lo stress è uno stato interno che

risulta dalla percezione di un avvenimento come una minaccia, da una situazione di conflitto, che richiede una decisione difficile, o da un'esperienza di frustrazione. I fattori ambientali stressanti possono essere acuti e puntuali, cronici, o avvenire simultaneamente. La distimia sembra associarsi a livelli elevati di stress cronico⁴³ e a un maggior numero di difficoltà quotidiane⁴⁴, con una frequenza significativamente maggiore rispetto a pazienti colpiti da depressione maggiore ricorrente. Ma si assocerebbe anche a livelli di stress acuto simili o inferiori a quelli della depressione maggiore.

Modello interpretativo di depressione

Un problema minore: sovraccaricamento

La differenza tra *tristezza normale* e *tristezza patologica* viene data, anzitutto, dal livello di affezione. È una questione di grado e di tempo. Nella depressione, la tristezza è patologica non solo perché sproporzionata in intensità e durata, ma anche per la diversa qualità che presenta, e perché interferisce in maniera speciale nella vita del soggetto. Malgrado ciò, a volte la patologia depressiva si diluisce in quel terreno compromesso che è la tristezza normale⁴⁵. Le depressioni reattive confinano con la frangia della normalità, e a volte è difficile precisare l'adeguatezza o l'inadeguatezza della risposta affettiva.

Nell'analizzare la risposta affettiva sproporzionata, come quella nel *Disturbo dell'adattamento con stato d'animo depressivo*, ci troviamo di fronte a una risposta patologica per quanto riguarda la funzione – e non la forma. Il patologico è radicato in una maggiore sensibilizzazione interiore nei confronti degli avvenimenti. Come quando si riceve una pacca affettuosa su una spalla ferita: ciò che provocherebbe una reazione normale o allegra, si trasforma in dolore e genera tristezza.

La personalità di ogni soggetto colma l'espressione di questa tristezza: silenziosa e paziente, passiva e dolorosa, o piena di impazien-

za e ribellione, di malumore, irritata, o fanaticamente ostinata. E stabilisce vie di superamento molto diverse: la semplice rassegnazione, la ricerca di consolazione in altre cose, il risentimento sminuente, la diversione e lo stordimento, l'attività professionale costante, o anche la conformità o l'affermazione religiosa.

Anche il modo di realizzare questa trasformazione è caratteristico di ogni personalità e dei suoi rispettivi mondi di valori. Alcune volte, il soggetto si abbandona a se stesso, in altre mostra una caparbia ostinazione e, più spesso, una vera compiacenza nell'assumere un atteggiamento di sofferenza.

Un salto qualitativo: distorsione

Quando si tratta della *depressione maggiore*, dell'*episodio depressivo ricorrente*, o della *distimia*, i sintomi clinici acquisiscono una gravità considerevole. Il sintomo centrale – la tristezza patologica – non consiste unicamente in una diminuzione dello stato d'animo (con intensità differenti), ma è accompagnato da queste manifestazioni caratteristiche – tanto psichiche quanto somatiche – che abbiamo segnalato.

La *depressione maggiore* può essere associata tanto ad avvenimenti vitali stressanti e importanti, quanto a circostanze della vita quotidiana⁴⁶. D'altra parte, il grado di impatto degli eventi stressanti sembra essere collegato alla capacità attuale dell'individuo di affrontare detti fattori di stress⁴⁷. Questa capacità poi dipende tanto dalle risorse personali di cui dispone il soggetto quanto dal supporto sociale che riceve.

La *distimia* di solito è associata a livelli di stress cronico, e con un maggior numero di difficoltà quotidiane. Il sintomo psicopatologico centrale è l'umore depressivo che viene descritto come una forma sproporzionata di reagire o di vivere certe situazioni personali. È stata caratterizzata da aspetti specifici, inclusa un'alta reattività alle influenze dell'ambiente⁴⁸: a) assenza di sintomi vegetativi o biologici; b) numerosi fattori precipitanti; c) assenza di modello ricorrente; d) risposta imprecisa ai trattamenti biologici; e) indici elevati di neurotici-

simo o problemi cronici di personalità; f) assenza di un carico familiare di depressione; g) reattività alle influenze dell'ambiente. Questa reattività spiega le variazioni del quadro, tanto nella sua intensità quanto nelle sue fluttuazioni cliniche, sintomi frequenti sono anche l'irritabilità-ostilità e la sensibilità alla relazione interpersonale.

Menzione speciale merita l'interpretazione delle *depressioni organiche*, dovute a malattia medica o indotte da sostanze. Nell'analizzare le caratteristiche del quadro clinico e il modo in cui il paziente reagisce a questa malattia medica, sorgono tre modalità di comportamento. Due di esse seguono il meccanismo tipico depressivo. In una, è presente una reazione acuta nei confronti della malattia somatica (afflizione normale). Nell'altra, un quadro reattivo cronico di depressione che segue ad una malattia e a un processo terapeutico di lunga durata (disturbo dell'adattamento con stato d'animo depresso).

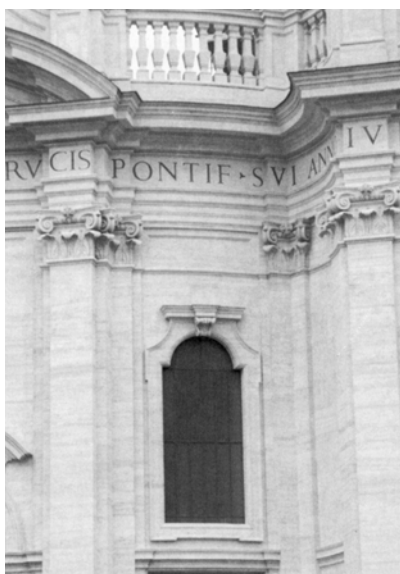
Nel terzo caso, la malattia organica o la sostanza ingerita è la causa diretta dell'affezione psichiatrica, attraverso un meccanismo biologico. Qui si tratta specificamente di un disturbo *dello stato d'animo per malattia medica o indotta da sostanze*. Questo fenomeno mostra, con particolare chiarezza, che gli stati depressivi possiedono una componente biologica importante. Che non possono essere interpretati solo con meri atteggiamenti adottati volontariamente, ma che manifestano alterazioni oggettive e profonde del corpo umano. Gli stessi sintomi appaiono per ingestione di una sostanza, per l'attacco continuo o brutale del malessere psichico, o per lo sviluppo spontaneo di una deficienza congenita.

Una caduta nell'abisso: rottura interiore

Infine, tutto ciò che riguarda la *depressione maggiore melanconica*, la *depressione delirante* e il *disturbo bipolare* racchiude un significato tanto distinto che presuppone, a nostro modo di vedere, non solo un incremento quantitativo del quadro depressivo, bensì un vero salto qualitativo. Tale fatto clinico manifesta una rottura interiore, con alcuni sintomi nettamen-

te differenti rispetto agli altri disturbi depressivi.

La caratteristica essenziale di un *Episodio melanconico* è la perdita di interesse o del piacere in tutte o quasi tutte le attività, o una mancanza di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli. Sono state suggerite⁴⁹ quattro caratteristiche fondamentali della melanconia: 1) modello distinto di segni e sintomi; 2) importanza dei fattori genetici e biologici; 3) associazione con anomalie biologiche, specialmente dell'asse ipotalamo ipofisi adrenale; 4) risposta selettiva a



trattamenti biologici. Lo stato depressivo dei soggetti non migliora, neanche temporaneamente, quando avviene qualcosa di bello.

È presente, inoltre, una serie di sintomi caratteristici. La qualità della tristezza specifica è notoriamente differente da altri stati d'animo tristi come, ad esempio, quello che si sperimenta dopo la morte di un essere amato o quello proprio di un episodio depressivo non melanconico.

È una tristezza che sembra scaturire dalle viscere stesse della persona, e che si ripercuote anche sul nucleo radicale della percezione sensibile di sé. Un'assenza assoluta di senso (percezione) del proprio valore e, pertanto, del senso della vita che tuttavia deve essere vissuta. E questa esperienza sensibile, a volte assolutamente avvolgente, può essere compatibile con un convincimento intellettuale della sua falsità o con una sicurezza

piena dell'amore di Dio, perché non è, in sé, un'esperienza che si sviluppa al livello intellettuale, né a quello religioso, bensì a quello affettivo-organico, e nell'ambito della percezione sensibile di sé. Un dolore affettivo che può saturare la capacità di reggere del soggetto, come fa un dolore fisico, che induce allo svenimento.

La tristezza ha provocato la rottura dei meccanismi di espressione e di percezione sensibile dell'ego. La coscienza intellettuale di questa rottura e la sensazione di una mancanza totale di valore e senso, di inutilità, fa sì che si formi un ciclo di rialimentazione tra la tristezza, il dolore e l'autoconcetto, che – come il ronzio di un microfono se non si interrompe – ha una sequenza che può portare alle soglie del baratro.

In questa figura, la depressione di solito è peggiore la mattina, con risveglio precoce ed accompagnata da rallentamento o agitazione psicomotori. È presente un'anoressia significativa o una perdita di peso e un senso di colpa eccessivo o inappropriato.

D'altra parte, negli ultimi 40 anni, si è arrivati a rendersi conto che queste forme di maggiore intensità di depressione sono colpite da una complessa interazione di aspetti neurobiologici: genetici, endocrini, immunologici, sistemi di neurotrasmissione, e reti o circuiti cerebrali. Il che rafforza la tesi della presenza di una componente biologica importante, sia genetica sia biografica.

In conclusione

I fattori che incidono sulla genesi della malattia depressiva fanno parte di un *sistema interattivo*, che modula la risposta alle sofferenze che generano tristezza. Tale sistema interattivo include una valutazione, un *discernimento interno personale*, che dà un significato a quanto percepito, e stabilisce una varietà di espressioni che acquistano significati clinici molto diversi. Nell'*afflizione normale*, benché ci sia un'affezione, questa non rompe il senso armonico della persona, e per questo si produce una risposta adattata al soggetto e a chi lo circonda. Nel *disturbo dell'adattamento* l'affezione è sproporziona-

ta. Nella *depressione maggiore* e nella *distimia* l'affezione delle strutture è non solo intensa, bensì travisante. Nel caso della *melanconia*, del *disturbo bipolare* e della *depressione psicotica* la risposta è frammentata, con un'ampia spaccatura rispetto alle altre forme di depressione, in quanto manifesta una rottura interiore, che suppone un salto quantitativo e qualitativo.

Riteniamo che il principio armonico e di controllo globale al quale ogni persona tende si stravolge in tre fasi, che possiamo denominare *sovraccaricamento*, *distorsione* e *rottura*. E non sembra che si debba impostare una disgiuntiva tra incremento quantitativo e salto qualitativo. Il dilemma non è in questo senso. In tutti gli ambiti, da quello inorganico fino a quello vivente, sono molti i casi in cui un incremento quantitativo dello stress si traduce in un cambiamento qualitativo, di forma, e di funzione.

Ad esempio, una barra di metallo, sottoposta alla pressione di una forza laterale, primo si flette ma mantiene la sua flessibilità e recupera la forma precedente. Se aumentiamo la forza, si arriva al suo "limite di snervamento" un numero esatto per ogni caso, il metallo perde la capacità di recuperare la forma, la flessibilità, e resta stabilmente deformato. Un aumento quantitativo ha provocato un cambiamento qualitativo. Se si continua ad accrescere la forza, si giunge al "limite di rottura" – altro numero esatto – e il metallo si rompe. Un altro cambiamento qualitativo che risponde a un cambiamento quantitativo. E la cosiddetta "fatica dei materiali" fa sì che un metallo che è stato sottoposto a piccoli ma continui sforzi, si spezzi all'improvviso, senza preavviso, in occasione di uno sforzo non particolarmente grande.

La stessa cosa avviene con l'essere umano. Un tendine e un muscolo lavorano e recuperano la forma. A partire da un livello di sforzo, si *sovraccaricano*; con più sforzo, si *distendono*; e alla fine, si *rompono*. Il dolore corrispondente non solo è maggiore, ma è *differente*, ed è un sintomo di cambiamenti qualitativi interni, con distorsioni di forma e di funzione.

Tali esempi ci possono illustrare alcune delle relazioni e delle

differenze tra i diversi tipi e livelli di depressione. Anche qui, perché il fattore centrale che genera la depressione è l'angoscia, primo della capacità di risposta emotiva, poi della capacità di reagire in maniera equilibrata (flessibilità o rottura) e, per ultimo, della capacità di agire (vivere). La mente umana è unità di spirito-corpo. E, nella misura in cui è anche corpo, anche la più forte di esse, di fronte all'attacco continuo o brutale del dolore, può arrivare al limite. Prima prova un semplice sovraccaricamento, poi però passa dall'essere flessibile a deformarsi, si distorce e finisce per rompersi.

Quattro punti possono riassumere quanto detto:

1) la tristezza normale è una risposta affettiva costituita da sentimenti della vita quotidiana, poco o molto intensi, ma scarsamente duraturi, che appare di fronte a situazioni di stress, frustrazione e perdite. Si deve considerare come esperienza depressiva normale;

2) la depressione, come stato patologico, è un fenomeno in cui si perde la voglia di vivere, la capacità di agire e la speranza di recuperare il benessere, si accompagna con manifestazioni somatiche e psichiche, e produce nella persona diversi gradi di incapacità;

3) il processo di gestazione dell'esperienza depressiva patologica è altamente dinamico nel tempo, con vulnerabilità che risultano dalla combinazione della biologia, di fattori personali e socio-ambientali, e che si accentuano o attenuano nel corso della biografia personale e delle esperienze di sé e di chi li circonda;

4) nella misura in cui è una esperienza strettamente personale, l'esperienza della malattia depressiva, come quella della tristezza normale, devono essere considerate uniche per ogni persona e il suo significato personale deve essere stimato su un piano esistenziale.

Prof. SALVADOR
CERVERA-ENGUIX
Cattedratico di Psichiatria
Dip. di Psichiatria e Psicologia Medica
Clinica Universitaria
Facoltà di Medicina
Università di Navarra
Pamplona, Spagna

Note

¹ WING J.K., MANN S.A., LEFF J.P. ET AL. *The concept of a case in psychiatric population surveys*. Psychol Med 1978; 8: 203-217.

² Associazione Mondiale di Psichiatria. *Programma educativo della WPA/PTD sui Disturbi Depressivi*, 1997.

³ ESCOBAR J., *El diagnóstico psiquiátrico*. Psiquis 1982; 73 (3): 16-28.

⁴ *The ICD Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CIE 10)*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

⁵ *Diagnostic Criteria from DSM-IV TR*. American Psychiatric Association. Washington, 2000.

⁶ AKISKAL H.S., CASSANO G., eds. *Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York. The Guilford Press, 1997.

⁷ SCHNEIDER K., *Patopsicología clínica*. Paz Montalvo. Madrid, 1975.

⁸ HAMILTON M., *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23, 56-62.

⁹ *Clasificación CIE 10 de los trastornos mentales y de la conducta*. Atención primaria de la salud. OMS; Ginebra, 1996.

¹⁰ Il *disturbo bipolare di tipo I* presenta sintomatologia maniaca seguita da depressione maggiore. I sintomi psicotici possono apparire tanto nella fase maniaca quanto in quella depressiva, ma posso anche essere assenti. Il *disturbo bipolare di tipo II* combina gli episodi depressivi maggiori con ipomanie spontanee. La *ciclotimia* è considerata una variante minore del disturbo bipolare, e spesso si evolve verso il tipo II. Costituisce il substrato temperamentale dei disturbi bipolari ed è caratterizzato dal suo corso cronico e dall'elevata frequenza degli episodi.

¹¹ CAMERON O.G., *Guidelines for diagnosis and treatment of depression in patients with medical illness*. J Clin Psychiatry 1990; 51 (suppl. 7): 49-54.

¹² HERRÁN A., CUESTA M.J. Y VÁZQUEZ-BARQUERO, *Trastorno del estado de ánimo*. En Psiquiatría en Atención Primaria. Vázquez-Barquero JL Ed. Aula Médica, Madrid, 1998.

¹³ 1. *Malattie neurologiche*. Morbo di Parkinson, demenze, corea de Huntington, sclerosi multipla, malattia vascolare cerebrale, tumori del SNC, cefalee. 2. *Malattie endocrine*. Ipotiroidismo e ipertiroidismo, morbo di Cushing, morbo di Addison, iperparatiroidismo, diabete. 3. *Malattie cardiovascolari*. Infarto del miocardio, miocardiopatie. 4. *Malattie reumatologiche*. Lupus eritematoso, artrite reumatoide, fibromialgia. 5. *Malattie infettive*. AIDS, encefalite, quadri virali. 6. *Malattie oncologiche*. Tumore del pancreas, neoplasie cerebrali.

¹⁴ VALLEJO J., *Trastornos depresivos*. En Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Masson, 1998.

¹⁵ PARKER G., HADZI-PAVLOVIC D., HICKIE I. ET AL., *Distinguishing psychotic and non-psychotic melancholia*. J. Affect Disord 1991; 22: 135-148.

¹⁶ PAYKEL E., *Depressive typologies and response to amitriptyline*. Br. J Psychiatry 1972; 120: 147-154.

¹⁷ SULLIVAN P.F. ET AL., *Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis*. Am J Psychiatry 2000; 157: 1552-1562.

¹⁸ KENDLER K.S. ET AL., *A pilot Swedish twin study of affective illness, including hospital- and population-ascertained subsamples*. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 699-706.

¹⁹ MENDELEWICZ J., RAINER J., *Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness*. Nature 1977; 268:326-329.

²⁰ RUDORFER M.V. ET AL., *Exaggerated*

orthostatic responsivity of plasma norepinephrine in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1186-1192.

²¹ MAES M. ET AL., *Cortison response to dexamethasone and noradrenergic function in depression*. *Acta Psychiatrica Scand* 1987; 75: 171-175.

²² ATRE-VAIDJA N., *Electroconvulsive therapy in parkinsonism with affective disorder*. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 55-58.

²³ SITARAM N. ET AL., *Cholinergic regulation of mood and REM sleep: potential model and marker of vulnerability to affective disorder*. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 571-576.

²⁴ PETTY F. ET AL., *Benzodiazepines as antidepressants: does GABA play a role in depression?* *Biol Psychiatry* 1995; 38:578-591.

²⁵ OSSOWSKA K. ET AL., *The role of glutamate receptors in antipsychotic drug action*. *Amino Acids* 2000; 19:87-94.

²⁶ Hanno, anzi, un ruolo di modulazione su altri sistemi neurobiologici – che sono stati identificati – e forse una funzione regolatrice della risposta antidepressiva in pazienti sottoposti a trattamento. La depressione è molto più di un incremento dei livelli intrasinaltici di amine biogene.

²⁷ Le più note sono quelle che colpiscono l'ipotalamo-ipofisi-soprarrenale (prova di soppressione con dexametasona), l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroideo (test di stimolazione dell'ormone tirootropo con il TRH) e il sistema immunitario (funzione monocitaria, interleuchine). (CERVERA S., RODRÍGUEZ A., RAMOS F., *Estudio evolutivo de algunos parámetros monocitarios y pruebas de función neuroendocrina en pacientes deprimidos*. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995; 23: 67-73).

²⁸ HIRSCHFELD R.M.A., CLERMAN G.L., CLEYTON P.J., KELLER M.B., *Personality and depression*. Empirical findings. *Arch Gen Psychiat* 1983; 40: 993-998.

²⁹ KRUEGER R.F., TACKETT J.L., *Personality and Psychopathology: Working Toward*

the Bigger Picture. *J Pers Disord* 2003; 17 (2): 109-128.

³⁰ TELLENBACH H., *La melancolía*. Morata. Madrid, 1976.

³¹ AKISKAL H.S., *Dysthymic disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes*. *Am J Psychiat* 1983; 140: 11-20.

³² MILLON T., DAVIS R.D., *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Ed: Masson. Barcelona, 1998.

³³ PHILLIPS K.A., GUNDERSON J.G., HIRSCHFELD R.M.A. ET AL., *A Review of the Depressive Personality*. *Am J Psychiat*; 1990; 147:830-837.

³⁴ ASHWORTH C.M., BLACKBURN I.M., MCPHERSON F.M., *The Performance of Depressed and Manic Patients on Some Repertory Grid Measure: A Longitudinal Study*. *Brit J Med Psychol* 1985; 58: 337-342.

³⁵ YOUNGREN M.A., LEWINSOHN P.M., *The Functional Relationship Between Depression and Problematic Interpersonal Behavior*. *J Abn Psychol* 1980; 89: 333-341.

³⁶ WIDIGER T.A., TRULL T.S., CLARKIN J.F., SANDERSON C., COSTA P.T., *A Description of the DSM-III R and DSM-IV Personality Disorders with the Five Factor Model of Personality*. In: COSTA PT, WIDIGER TA (Eds.): *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality*. American Psychological Association. Washington DC. pp. 41-56, 1994.

³⁷ CLARK L.A., VITTEGL J., KRAFT D., JARRETT R.B., *Separate Personality Traits from States to Predict Depression*. *J Pers Disord* 2003; 17 (2): 152-172.

³⁸ REICH J., NOYES R., HIRSCHFELD R.M.A., CORYELL W., O'GORMAN T., *State and Personality in Depressed and Panic Patients*. *Am J Psychiat* 1987; 144 (2): 181-187.

³⁹ BORNSTEIN R.F., CECERO J.J., *Deconstructing Dependency in a Five Factor World: A Meta-Analytic Review*. *J Pers Assess* 2000; 74: 324-343.

⁴⁰ LLANO A., *La vida lograda*. Ariel, Barcelona, 2003.

⁴¹ KASPER S., DEN BOER J.A. Y AD SITSEN J.M., *Handbook of Depression and Anxiety*. Marcel Decker, New York, 2003.

⁴² BARNOW S., LINDEN M., LUCHT M., FREYBERGER H.J., *The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders*. *J Affect Disord* 2002; 72(1): 71-78.

⁴³ KLEIN D.N., TAYLOR D.B., DICKSTEIN S., HARDING K., *Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome*. *J Abnorm Psychol* 1988 ; 27, 387-398.

⁴⁴ RAVINDRAN A.V., GRIFFITHS J., WADDELL C., ANISMAN H., *Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy* (Abstract). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 1995; 19 (4), 637-653.

⁴⁵ RISO L.P., MIYATAKE R.K., THASE M.E., *The search for determinants of chronic depression: a review of six factors*, 2002.

⁴⁶ VALLEJO J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat, Barcelona, 1989.

⁴⁷ MONROE S.M., KUPFER D.J., FRANK E., *Life stress and treatment course of recurrent depression: Response during index episode*. *J Consult Clin Psychol* 1992; 5, 718-724.

⁴⁸ LAZARUS R.S., *Coping Theory and Research: Past, present and future*. *Psychosom Med* 1993; 54, 680-685.

⁴⁹ GASTÓ C., *Depresiones no melancólicas*. En: Vallejo J, Gastó C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona, +Salvat, 1990.

⁵⁰ PARKER G., HADZI-PAVLOVIC D., *Melancolía. A disorder of Movement and Mood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.



B. SARACENO

2. Depressione: realtà e prospettive

La depressione e il suo peso

I casi di depressione sono stati riconosciuti come un problema sanitario dagli albori della medicina. I tormenti del Re Saul, riferiti nel Libro di Samuele, sarebbero oggi chiaramente diagnosticati come un caso tipico di depressione. Fu probabilmente Ippocrate nel IV secolo a.C. che per primo fece una descrizione clinica della depressione come malinconia, in linea con la teoria dei quattro stati d'animo allora prevalente.

Oggi, la depressione è un disordine mentale comune che influenza circa 150 milioni di persone in tutto il mondo, d'ogni sesso, età e ambiente. Questo rappresenta l'1%-10% (dipende dalla metodologia dello studio) della popolazione generale: le donne (specialmente giovani madri), persone con una storia di depressione personale o familiare, coloro che soffrono di malattie croniche diverse (ipertensione, diabete, reumatismo, ecc.), coloro che sono poveri, socialmente isolati o stanno provando nella loro vita forti stress, sono particolarmente ad alto rischio di depressione.

Il rischio della depressione aumenta con l'età e tende ad essere associata anche con altri problemi di salute mentale (particolarmente l'alcoolismo) e diversi problemi di salute psichica cronici (per esempio, l'ipertensione, il diabete, malattie cardiache, malattia di Parkinson, tubercolosi e HIV/AIDS). Questa condizione è chiamata stato patologico e la sua appropriata gestione rappresenta una delle maggiori sfide dell'attuale Sanità pubblica.

I criteri diagnostici per la depressione includono sintomi quali il cattivo umore o la tristezza, la mancanza di interesse o di piacere, il sonno disturbato, la poca concentrazione, la poca stima di

sé o i sensi di colpa, mancanza di appetito, mancanza di energia, diminuzione dell'interesse sessuale, agitazione fisica o debolezza, pensieri o atti di suicidio. Le persone con una maggiore depressione sperimentano 5 o più di questi sintomi e quasi ogni giorno per 2 settimane o più.

Nei casi peggiori, la depressione può condurre al suicidio, una tragica fatalità associata con la perdita di quasi 1 milione di vite all'anno. Una depressione non curata può scemare dopo qualche settimana o mese, ma la depressione è un problema ricorrente o cronico per più del 50% di coloro che ne sono colpiti.

È anche associata con perdite sostanziose nella funzionalità e nella produttività quotidiana e contribuisce grandemente a ridurre la qualità della vita. È attualmente la causa principale di invalidità e la quarta causa maggiore del peso

che la depressione sarà la causa principale di malattia nel mondo per l'anno 2020, rappresentando il 7,1% dell'onere totale di malattia.

La depressione e le prime cure sanitarie

Approssimativamente il 5%-15% (ancora una volta dipendente dai fattori metodologici) dei pazienti visitati per le prime cure sanitarie è depresso. Tuttavia, solo approssimativamente il 50% dei pazienti depressi è riconosciuto nell'ambiente del pronto soccorso e meno del 25% riceve efficaci trattamenti come medicinali antidepressivi o psicoterapia appropriata (in alcuni casi meno del 5%).

Ci sono parecchi interventi efficaci per malattie depressive sia farmacologici che psicologici. Nonostante la possibilità che questi possano essere distribuiti da personale non medico, c'è una grande differenza tra la loro accessibilità e l'assai diffusa attuazione.

I medicinali antidepressivi e brevi forme strutturate di psicoterapia sono efficaci in 60-80% dei pazienti con depressione; sia i medicinali antidepressivi che la psicoterapia possono essere praticati come cure di pronto intervento dal personale del pronto soccorso.

Sfortunatamente, gli antidepressivi sono spesso usati non in dosi sufficienti o per un periodo di tempo sufficiente. Molti pazienti depressi sfortunatamente ricevono medicinali sedativi che non sono efficaci per la depressione e possono causare pericolosi effetti collaterali o dipendenza dalla droga, anche se i medicinali antidepressivi non creano dipendenza.

Nei migliori casi (per esempio nei paesi sviluppati con i migliori sistemi sanitari), si è stimato che non più del 35% delle persone che soffrono di malattie depressive ri-



mondiale di malattia (GBD). Se noi guardiamo ai gruppi specifici, è la causa principale di infermità per donne tra i 15 e i 44 anni sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, ed è la seconda causa principale di infermità per uomini in questo gruppo di età. Si prevede

cevano trattamenti. In altri paesi come il Sub-Sahara, l'Africa e la Cina, il tasso delle cure per la depressione è inferiore al 5%.

Se non è così difficile diagnosticare la depressione, se esiste più di una modalità di cure efficaci, perché così tante persone che soffrono di depressione non sono curate appropriatamente? Perché un così grande divario nel trattamento?

Il divario di trattamento nella depressione

Una serie di fattori e di elementi cospirano per questo stato di cose. Primo, una mancanza di consapevolezza sia nella popolazione che nel personale addetto alle cure sanitarie di pronto intervento nei primi sintomi di depressione e nei mezzi disponibili a combatterli. Secondo, la stigmatizzazione e la discriminazione che ancora in alcuni luoghi è connessa ai disordini mentali in generale – inclusi gli stati depressivi – che limita (a) il grado al quale i pazienti si presen-



tano per le cure, (b) il grado al quale i dottori e i lavoratori sanitari sono stati addestrati adeguatamente come anche la loro propensione ad intervenire, e (c) la prontezza di prendere decisioni per trovare dei programmi inerenti alla depressione. Terzo, la poca o limitata applicazione degli interventi di salute mentale con costi effettivi dovuta:

all'inadeguato curriculum universitario della scuola medica, alla mancanza di una linea di condotta nazionale, per l'assistenza, alla carenza di una politica qualificata e di professionisti sanitari, ristretta disponibilità di farmaci psicotropi essenziali (inclusi i moderni antidepressivi particolarmente nei più bassi livelli del sistema sanitario). Quarto, una mancanza di attrezzature e di gestione delle cure per una metodica assistenza di coloro che hanno avuto un episodio riconosciuto di depressione.

In breve, le barriere alle cure efficaci per le persone affette da depressione includono la stigmatizzazione sociale associata ai disordini mentali inclusa la depressione, la mancanza di risorse e la mancanza di personale addestrato.

Superare il problema

Tradizionalmente, le iniziative prese dai diversi organismi (università, organizzazioni professionali, dipartimenti di salute mentale, ecc.) per superare questa situazione si sono concentrate (a) nella produzione e diffusione di risorse per migliorare le cure per la depressione, obiettivo più frequente per i professionisti della assistenza di salute mentale come anche i gruppi di lavoro per migliorare la loro capacità di identificare e trattare la depressione; (b) interventi per accrescere la consapevolezza sulla depressione e ridurre la stigmatizzazione associata alla depressione. Più recentemente, dei progetti sui programmi di miglioramento del trattamento della depressione sono stati esaminati e in qualche luogo hanno mostrato risultati positivi.

Tuttavia, in considerazione della dimensione del problema, e della natura degli effettivi interventi esistenti, si è sentito il bisogno di adottare altri approcci, principalmente centrati sulla strategia della prima assistenza sanitaria. Programmi basati sulle prime cure per la depressione hanno mostrato di migliorare la qualità della cura, soddisfazione del trattamento, esiti di salute, funzionamento, produttività economica, e abbondanza di attrezzature ad un costo ragionevole.

A questo riguardo, dovrebbero attuarsi le attività seguenti:

- il miglioramento delle capacità dei paesi per creare piani di azione per il perfezionamento del trattamento della depressione e provvedere a un efficace gestione della depressione nelle cure primarie nel quadro della strategia delle Prime Cure Sanitarie;

- attività educative rivolte ai pazienti, ai membri della famiglia, agli assistenti sanitari sulle linee di condotta della depressione e del suo trattamento;

- addestramento del personale per le prime cure sanitarie nelle diagnosi precoci e nella gestione della depressione.

Innovazioni recenti

In relazione all'ultimo punto, alcune recenti e innovative iniziative meritano la nostra attenzione e una ulteriore riflessione.

Recentemente, un programma di addestramento sulla scoperta e sul trattamento della depressione è stato esaminato dal PAHO/WHO. In esso, le infermiere che lavorano nelle cliniche per le prime cure sanitarie erano randomizzate in due gruppi, uno dei quali fu esposto al programma di addestramento e l'altro no (gruppo di controllo).

L'addestramento includeva esiti diagnostici, opzioni di trattamento ed effetti collaterali del trattamento. Le infermiere che si sottoposero al programma di addestramento mostrarono statisticamente un miglioramento significativo nella conoscenza e nella scoperta della depressione; inoltre esse incrementarono la loro notificazione e informazione ai medici di pazienti con depressione. Nessun cambiamento fu notato nel gruppo di controllo.

Si sta svolgendo anche un programma sperimentale che esplora il potenziale dei parrucchieri ad identificare la depressione tra i loro clienti e riferirlo ai servizi sanitari. Questo è lontano dall'approccio medico tradizionale, ma si adatta molto bene alla strategia delle prime cure sanitarie, nell'uso delle risorse della comunità per superare i problemi sanitari. Speriamo di poter riferire sul seguito di questo progetto al più presto.

Il ruolo dei leader spirituali

E qui viene un'altra idea innovativa; l'integrazione dei direttori spirituali nel processo che mira a ridurre il gap tra la depressione curata e quella non curata.

La vera natura dell'azione pastorale porta i direttori spirituali a contatto con la gente che soffre in modi diversi e abbiamo ragione di credere che per molti di loro la depressione è un componente importante della loro sofferenza. Senza negare la dimensione spirituale della sofferenza, ci sarebbe spazio per la considerazione della depressione come un'altra dimensione di quella sofferenza. In tali casi, indirizzare la persona alle strutture per le cure sanitarie sarebbe molto appropriato, questo potrebbe essere

facilitato da contatti precedenti tra i direttori spirituali e i sanitari.

Conclusione

Le persone depresse sono centinaia di milioni (il problema), esistono trattamenti con costi effettivi (tecnologia), esistono anche strutture e personale per la cura delle persone con depressione (infrastrutture). Non vi è ragione perché qualcuno che soffre di depressione – indipendentemente dall'età, dal sesso, dalla classe sociale o dal luogo di residenza – non debba ricevere una cura appropriata. Non c'è ragione perché non si possa mobilitare la tecnologia e l'infrastruttura corrente per aiutare quelle persone.

È stato valutato che l'Onere Mondiale della Malattia attribuibile alla depressione potrebbe essere ridotto più del 50% se tutti gli individui affetti da depressione fossero curati con metodi attualmente disponibili. Migliorare le cure ridurrà la disabilità e i costi delle cure sanitarie e migliorerà anche la produttività sociale ed economica.

La sfida è davanti a noi per trovare soluzioni intelligenti con gli elementi disponibili e per identificare dei nuovi. Non vi è alcuna giustificazione a rimanere inattivi o, peggio, a ripetere gli errori e gli sbagli del passato.

Dott. B. SARACENO

*Direttore, Dipartimento di Salute Mentale
e Dipendenza dalle Sostanze
Organizzazione Mondiale di Salute
Ginevra, Svizzera*



TONY ANATRELLA

3. Una società depressa?

Introduzione

La società può essere depressa? È questa la domanda che ci poniamo leggendo il titolo provocatorio che è stato dato al mio intervento. La società può deprimersi come farebbe una persona che dubita di se stessa, svincolata dalla realtà, che è astenica e malinconica? Possiamo ipotizzare una risposta: sono le persone che si deprimono e non le società, che sono l'immagine di chi le compone. Quindi la società è meno depressa degli uomini, i quali hanno degli scompensi nel momento in cui non riescono ad affrontare la realtà.

In compenso, in psichiatria sociale sappiamo che la società produce delle patologie sociali che hanno delle ripercussioni sulle persone secondo le singole situazioni. L'individualismo, la disoccupazione, il divorzio, l'insicurezza, l'assenza di una reale educazione, la mancanza di trasmissione del sapere, della cultura, della morale e della vita religiosa e la negligenza delle norme obiettive per il relativismo etico, non possono che indebolire e rendere fragile la personalità per mancanza d'atteccimento e di stabilità nell'esistenza. La società può così amplificare dei disordini depressivi.

Nel corso di questa esposizione esamineremo i seguenti punti:

1. la solitudine depressiva tra malattia e problemi esistenziali;
2. un mondo senza limiti;
3. un sentimento di impotenza;
4. una implosione psichica;
5. l'angoscia di vivere.

1. La solitudine depressiva: tra malattia e problemi esistenziali

Lo sviluppo degli stati depressivi nel mondo contemporaneo è di-

ventato preoccupante. Ma, prima di definirne il ruolo, bisogna precisare che cosa vogliamo dire quando parliamo di depressione.

In effetti, da un punto di vista medico, affinché si possa confermare in una persona la diagnosi di depressione, bisogna che quest'ultima abbia una durata e un'intensità tale da comportare dei sintomi verificabili: un dolore morale, il dubitare di sé, il rifiuto della vita, un rallentamento delle funzioni mentali, il congetturare tristi pensieri, il disgusto per il cibo, l'alterazione del sonno, la stanchezza psichica, l'isolamento relazionale, il pessimismo, un'angoscia costante, il pianto, l'incapacità di esercitare il proprio lavoro e di farsi carico della vita familiare. In queste condizioni, è importante che la persona accetti di curarsi. Il ricorso agli antidepressivi o ad altri trattamenti diretti alla psicoterapia, quando è particolarmente indicata, sono dei mezzi che permettono di ritrovare la salute. In compenso, non si può attribuire la guarigione alla semplice assunzione di un farmaco. In molti casi, come testimoniano l'esperienza di persone depresse e la letteratura in questo campo, è presente anche un sussulto interiore che porta il soggetto a sottrarsi al clima deleterio in cui si trova.

Bisogna distinguere, infatti, tra diversi tipi di depressione.

La depressione endogena è legata, come si presuppone anche se non sono state addotte ancora le prove, all'equilibrio della biologia del cervello, che potrebbe condizionare la comparsa degli stati melanconici. Le nevrosi d'ansia e i disordini bipolari dell'umore, che venivano definiti come psicosi maniaco-depressiva, spesso sono presenti, in una famiglia, in più di una generazione. Ma rimane ancora da scoprire quale parte hanno l'inci-

denza biologica, l'identificazione, le resistenze personali alle frustrazioni e agli echi della vita e dell'ambiente. La questione resta largamente aperta poiché, finora, non si è potuto dimostrare che all'origine dei disordini dell'umore c'è un errore genetico specifico. Si tratta, senza dubbio, di un collegamento sottile, e la questione perciò resta complessa. In effetti, in alcuni casi osserviamo che ci sono persone che reagiscono più di altre, al fine di potersi liberare dell'handicap depressivo. Questa tendenza rivela che la persona non è sistematicamente ridotta ai suoi determinismi.

La depressione può derivare da una reazione e formarsi in seguito ad eventi quali un trasloco, la perdita del lavoro, un insuccesso, il divorzio, una crisi coniugale che richiede ai partner un cambiamento, un lutto, il passaggio a un'altra età della vita, ecc. Si tratta spesso di un episodio doloroso dell'esistenza, che è passeggero e che può essere superato. Le persone tendono a voler "medicalizzare" i diversi problemi esistenziali, allo scopo di riconoscere che ciascuno può vivere avvenimenti dolorosi e difficili da assumere, senza per questo trovarsi in depressione.

Esiste, infine, un'altra forma di depressione, più sottile, che è spesso l'espressione di una crisi esistenziale che compare a volte nell'adolescenza, durante la crisi di mezz'età e all'inizio della vecchiaia. La vita sembra non avere più alcuno scopo ed appare senza significato, causando un senso di confusione e di impotenza. Il soggetto si crede perduto e non sa più bene come accettare la propria esistenza. È triste e senza più gioia di vivere. Questo tipo di depressione esistenziale sembra diffondersi, come in altri momenti della storia, attraverso la difficoltà di dare un senso alla vita.

La melanconia e gli stati depressivi, a livello medico e così come li intendiamo oggi, sono sempre esistiti e rivelano dei disturbi della biologia del cervello e della psiche. La crisi esistenziale che provoca il mal di vivere è anch'essa intrinseca alla condizione umana e deriva delle molteplici questioni alle quali una persona deve trovare delle risposte, con il sostegno della società e della Chiesa in particolare.

2. Un mondo senza limiti

Oggi, l'individuo si ritrova spesso solo con se stesso in una società che gli fa credere che tutto si possa decidere in funzione dell'esperienza, delle esigenze soggettive e dell'interesse del momento. Così, il bambino sarà padrone della propria educazione a discapito di quanto gli viene trasmesso. Ogni adulto diventerà il detentore del diritto di vita e di morte decidendo dell'aborto, del suicidio o dell'eutanasia al di fuori del diritto naturale, cioè dei valori universali e del bene comune dell'umanità. Di fronte a situazioni difficili e persino drammatiche dell'esistenza, spesso vengono offerte risposte di morte. Ci troviamo in un momento di inversione dei valori della vita, in un clima paradossale in cui ci si batte, a ragione, contro la pena di morte ma, allo stesso tempo, si rivendica il diritto di uccidere i bambini che devono ancora nascere, i malati e i disabili in nome del diritto a "morire con dignità". Questa rivendicazione di morte provoca effetti collaterali sulla società, facendo perdere valore alla vita nella psiche dei suoi membri, e in particolare nei più giovani.

Il nostro universo intellettuale lascia intendere che tutto è possibile, che ci troviamo in un mondo senza limiti, e che spetta a ognuno di noi fare e decidere secondo i propri desideri. Ciò ha come conseguenza l'esaltazione dell'individualismo, ma rischia anche che la persona soffochi i propri desideri di fronte ad un tale potere di onnipotenza.

Il contesto socio-culturale favorisce il mal di vivere e la depressione esistenziale, argomento

che avevo analizzato in uno dei miei libri, pubblicato in Francia nel 1993, dal titolo *Non à la société dépressive*, (ed. Flammarion), in cui dimostro che l'ambiente non apporta più nulla e ognuno diventa il proprio punto di riferimento. La società valorizza così l'individualismo, il soggetto cioè che si dà un progetto personale (in senso positivo) e che si fissa i propri punti di riferimento (il che pone numerosi problemi). Ma allorché la persona non si ritrova in questo modello individualista, rischia di sottovalutarsi, esprimendo un senso di confusione. La libertà individua-



le, la seduzione nei rapporti sociali, il desiderio di dare una buona immagine di sé, l'identificazione con la giovinezza e il rifiuto dei seppur minimi segni d'invecchiamento, sono diventati dei punti di riferimento. Tutti questi obblighi sono più impellenti delle norme sociali e delle regole morali, che ispirano i comportamenti e permettono a ciascuno di creare il proprio stile socializzando.

La società consumistica devia parimenti il senso della felicità lasciando credere che sia finalizzato al consumo, al possesso dei beni e alla realizzazione di tutti i desideri. Essa agevola la confusione tra felicità e benessere, che non sono la stessa cosa. Le politiche,

le campagne pubblicitarie ed i programmi televisivi promettono la felicità nella soddisfazione immediata. La felicità è non solo un diritto, ma anche un obbligo. Bisogna essere felici, dinamici e avere successo: questi sono i criteri di selezione per la vita professionale. Chi non riesce a raggiungere questo stato è collocato ai margini della vita sociale. Allora se la prende con se stesso, si sottovaluta e pensa di non essere all'altezza di ciò che ci si aspetta da lui. La società tende anche a rimpiangere la colpevolezza psichica e la nozione di peccato con lo spregio di sé.

Per creare un ambiente euforico, si arriva anche ad inventare nuove feste, che chiamiamo commerciali in quanto prive di significato e di tradizione. Esse non celebrano nulla della storia della società, e non contribuiscono al legame sociale poiché le persone si riuniscono puntualmente nelle città per autocelebrarsi col pretesto di un evento artificiale (la festa della notte bianca, la festa della musica, la festa della scienza, la festa della ricchezza o ancora la sinistra festa di Halloween che coltiva le paure più immaginarie e racchiude regressioni, ecc.). Durante questi periodi, si trascurano le feste del calendario, siano esse religiose o civili, come se dovessimo dimenticare la nostra storia e il contributo del cristianesimo alle nostre società. Così, la società ha un rapporto depressivo con chi la fonda e la costruisce, vergognandosi delle proprie origini.

In un mondo senza limiti, che stravolge i segnali esistenti ma a cui rifiuta di ispirarsi per organizzare la vita, non possono che svilupparsi angoscia e stati depressivi. Le produzioni cinematografiche e televisive, i romanzi, ma anche la maggior parte dei videogiochi per bambini e adolescenti, sono illustrati per lo più con immagini degenerative, deformabili, criminali e catastrofiche. L'immaginario individuale è impregnato di questi modelli che non sono privi di conseguenze sulle persone e sul tessuto sociale. Non si tratta più di avere una speranza, di lavorare per costruire un mondo migliore, di saper perdonare e di rinnovarsi, ma di orientarsi verso un

avvenire di incubi. Il mondo occidentale non è più guidato dalle filosofie utopistiche degli Illuminati che promettevano il progresso e la felicità dell'uomo liberato dalla natura e da Dio. Svincolato da queste idee che si sono arenate, l'uomo ritrova le proprie angosce esistenziali poiché ignora il senso del suo destino. Il discorso attuale è quello della paura, che ci ha descritto un universo nel quale bisognerebbe diffidare di tutto; ciò favorisce la violenza, la calunnia e il sottoporre continuamente a giudizio gli uni e gli altri. La cultura contemporanea non sa più riflettere sul senso dell'angoscia, della colpevolezza, della sofferenza e del male inerente la condizione umana. Questo malessere nella civiltà trascina le persone a commiserare la propria vita e quella degli altri, giudicandone l'esistenza. Bisogna sempre cercare un colpevole, giudicarlo, condannarlo e trasformarlo in capro espiatorio. Cristo ci ha liberati da questa visione predominante della colpa e della colpevolezza.

Se l'avvenire è sempre stato incerto per l'uomo, ora è diventato inquietante, e c'è la sensazione che egli non potrà più controllare le conseguenze dell'azione umana sulla terra e che ciò produrrà effetti nefasti sulle generazioni future. In una tale e totale immaturità storica, abbiamo perso il senso della conservazione della vita per le generazioni che seguiranno. In questo modo lavoriamo e costruiamo unicamente per la generazione presente, allo scopo di profittare di tutto. Fino a qualche anno fa, ad esempio, si costruivano scuole e università con l'intenzione che sopravvivessero ai tempi e comunicassero l'importanza della trasmissione. Le costruzioni di oggi, in capo a una decina d'anni, vanno in rovina e mostrano la scarsa considerazione che si ha nei confronti dell'educazione e delle giovani generazioni.

La società, divenuta narcisista, è fonte di depressione esistenziale poiché le persone, che si considerano il centro e il punto di riferimento di tutto, si sottostimano più facilmente. In una società che, allo stesso modo, diventa meno apportatrice e che è permissiva e lasista, le personalità depressive si

rimproverano di non consentirsi quella libertà di essere diverse. La depressione diventa uno sbaglio nel momento in cui non è una debolezza umana in una persona che, fino a non molto tempo fa, poteva essere sostenuta, in un ambiente più strutturato e con relazioni molto più socializzate.

L'annuncio della morte di Dio e il rifiuto dei valori trascendentali lasciano l'uomo solo con se stes-



so. Questa non è certo una buona novella. La cultura ambientale che mira all' "individuo" per fargli credere che lo si lasci unicamente a se stesso, tenta di cancellare tutta la dimensione trascendentale e spirituale nella vita sociale, in nome della laicità. I discorsi sono rivolti principalmente agli interessi immediati e talvolta cadono nella drammatizzazione dei gesti semplici della vita, come l'educazione dei bambini e degli adolescenti, davanti alla quale gli adulti sono perduti. I media favoriscono l'individualismo nel momento in cui fanno pressione sul potere giuridico volendo fare di un caso individuale e singolare un problema della società, come abbiamo visto recentemente in Francia con l'eutanasia di un giovane malato, della quale la madre si è dichiarata responsabile. La società perde anche il senso dei valori universali che costruiscono la persona e che permettono di vivere insieme. È come se ci trovassimo in un mondo senza leggi, dove ciascuno cerca di giustificare i propri comportamenti narcisistici chiedendo al legislatore di pro-

mulgare leggi che possano legittimare esigenze soggettive e interessi particolari.

Le personalità vivono anche nella confusione e nello sbandamento. Sono perdute, mancano di fiducia in se stesse e hanno difficoltà ad accettarsi. Esprimono un bisogno di riconoscimento che non può più realizzarsi partendo da valori comuni, ma attraverso un desiderio costante di affermarsi, con ogni mezzo, di fronte agli altri. Una tale situazione provoca dei dubbi psichici per porsi di fronte alla vita: incombono il dubbio di sé e la sensazione di essere privati di risorse interiori. In una società che suggerisce di realizzare più vite nello stesso tempo, diventa difficile, per molte persone, in una visione così disintegrata dell'esistenza, stabilizzarsi ed impegnarsi.

3. Un sentimento di impotenza

Le personalità contemporanee, confinate nel soggettivismo, rischiano di vivere in un universo idealistico e disincarnato, con una sensazione di impotenza di fronte alle difficili realtà della vita. Le persone possono credere di vivere sofferenze e difficoltà inedite nella storia, che, invece, sono sempre state presenti nella condizione umana. Questo perché è più interessante rispondere alla domanda su quale direzione assumere e dare un significato alla propria esistenza, piuttosto che commiserare la vita o cercare di fuggirla.

Nella mentalità attuale, ci troviamo in una logica di impotenza per pensare al mondo in cui viviamo e alla visione che abbiamo di noi stessi. L'uomo contemporaneo ha la tendenza a vivere come una vittima della vita, della società e della propria educazione e si condanna talvolta per non sapersi assumere le proprie responsabilità. Si ritiene un malato e si rivolge alla medicina, che dovrebbe poter risolvere tutti i problemi esistenziali, in quanto è destinata a curare e a guarire le malattie. Un'etica dello sconforto moltiplica le occasioni per il sistema sociale di cercare di compensare ciò che le persone non riescono a mettere in opera nella loro vita in-

teriore. La misura più caricaturale è, senza dubbio, l'invasione delle unità d'urgenza psicologica create per far fronte a incidenti o a drammi quando le persone hanno bisogno di un sostegno come, ad esempio, quando devono restaurare rapidamente la propria casa dopo un'inondazione. Questo fenomeno dimostra un'invasione della società che tenta così di farsi carico della vita soggettiva degli individui e di affidarla all'assistenza sociale.

La crescita delle percentuali di suicidio (nei giovani e nelle persone anziane), l'aumento della trasgressione mediante l'aggressione alle persone, il degrado e la distruzione degli ambienti, dei beni e degli oggetti per darsi l'impressione di esistere erotizzando la violenza, come pure il discorso cinico e asociale che usano i media rivolgendosi ai giovani, esaltano il carattere primario e impulsivo dei comportamenti e mostrano che non si sa sempre ciò che è legale per assicurare il legame sociale.

Infine, l'assenza di legami colpisce con un'ampiezza straordinaria l'universo coniugale e familiare. Il divorzio, che è in costante aumento, rende sempre più fragile e favorisce un'alterazione della vita affettiva che non è più un luogo di fiducia e di sicurezza, tanto per gli adulti quanto per i bambini. In queste condizioni, molti giovani non sono stimolati ad impegnarsi per l'unificazione della propria vita pulsionale poiché il rapporto con l'altro non appare sempre gratificante. Gli adulti non sanno affrontare le proprie difficoltà affettive, i problemi della comunicazione coniugale e le età della vita di una coppia, così che rompono il loro rapporto alla più piccola contrarietà. Siamo così entrati nella società della rottura e dell'assenza di legami. Basta che nella coppia ci sia un conflitto o un'incomprensione, che i partner credano di non amarsi più e decidano di separarsi. Il divorzio, reso sempre più facile dalla legge che, all'inizio, voleva limitarlo e ridurlo, è infatti diventato un punto di riferimento. La legge, creando la realtà sociale, ha portato negli ultimi anni a un aumento costante di questo fenomeno che mina le per-

sone e la società. Tale rottura è come un modello per i giovani che vedono gli adulti risolvere i loro problemi con la separazione e i giovani arrivano a dubitare di se stessi e della pertinenza di un impegno nel matrimonio, quando ad esso aspirano. La società stessa non mette in risalto l'impegno e la stabilità relazionale quando afferma di voler legittimare le unioni di fatto, che non hanno lo stesso valore della coppia formata e impegnata nel matrimonio tra uomo e donna. La società crea le condizioni depressive per destabilizzare le persone che non hanno più fiducia in se stesse, e potremmo chiederci se sanno perché vivono, lavorano e amano.

4. Una implosione psichica

Poiché la società non esalta abbastanza i valori della vita, essa crea incertezza e paura nelle persone che si ripiegano su se stesse, nella speranza di trovare nella propria vita psichica ciò che la società non dà loro. Questo ripiego su di sé è senza dubbio il riflesso della privazione, che è la conseguenza della filosofia individualistica derivata dal liberalismo. La persona è così restituita alla sua soggettività e, non trovandovi ciò che cerca, rischia di perdere la propria unità dividendo la sua ricerca su singoli aspetti di se stessa. Viviamo, in effetti, in una società disintegrata che presenta i riferimenti più contraddittori e favorisce, da una parte, lo sviluppo di personalità spezzettate che hanno grandi difficoltà a unificarsi psicologicamente e moralmente.

In mancanza di risorse culturali, morali e religiose, le personalità contemporanee si svuotano all'interno. I bambini e gli adolescenti ci sembrano "a fior di pelle", sono eccitabili e manifestano serie difficoltà di concentrazione. Essi rimangono spesso al livello di una psicologia sensoriale e soffrono nell'accedere a una psicologia razionale. La maggior parte delle persone, giovani e adulti, sviluppano una psicologia immaginaria e fragile che è più importante per le loro percezioni narcisistiche che per la scoperta della realtà. Il minimo evento problematico le

ferisce e le turba, manifestando così una mancanza di resistenza di fronte alle frustrazioni della vita. Queste personalità si organizzano talvolta attorno ad un falso *self* ed esprimono difficoltà ad appartenersi, a prendere possesso di se stesse. Esse vivono nell'apparenza e all'esterno della propria vita interiore.

I modi di vita attuali non aiutano le persone ad elaborare il conflitto psichico che esiste tra le esigenze della vita interiore e le necessità della realtà. Il processo di interiorizzazione è povero e la vita interiore trascurata quando la persona, rinchiusa nel suo narcisismo e nella sua sufficienza, non riesce ad integrare le ricchezze della cultura, della religione e della morale. Essa nega queste risorse credendo di non averne bisogno. Contano solo le apparenze, l'immagine che si vuole dare di sé attraverso diverse modifiche fisiche e con l'intenzione di essere riconosciuta dagli altri. L'entusiasmo attuale dei giovani di apparire nelle trasmissioni televisive, lascia capire che vogliono diventare delle star, ed esprime il desiderio di essere valorizzati, mentre si trovano in una situazione di incertezza personale. Essi vogliono essere visti e ricordati fisicamente.

Il corpo è diventato il supporto identitario della persona che, non riuscendo ad accettarsi, si inventa un corpo immaginario. La rappresentazione di questo corpo nella moda attuale è destrutturata e la maniera di vestirsi con abiti ampi e asimmetrici è il sintomo di un corpo senza limiti. È anche l'espressione del rifugio di un corpo reale, che viene trasformato attraverso i tatuaggi, il piercing, la scarificazione e l'automutilazione, come per fare tacere le sue angosce e trovare nuovi limiti. Gli individui manifestano così la paura di accettare e di integrare il proprio corpo reale, perché non riescono ad elaborare tutte le tensioni interne provocate dalla vita pulsionale. Essi tentano di fuggirne agendo sul corpo, mentre la loro vita interiore permane nella confusione identitaria. Hanno del corpo una visione più tribale che personale; non arrivano ad assumere la propria singolarità: la loro concezione del corpo è depressiva.

Il corpo è ridotto alla pelle poiché la moda attuale consiste soprattutto nel destabilizzarlo, per mostrarne le superfici interamente denudate. Ma questo fenomeno va oltre: sotto il falso pretesto della spontaneità e della liberazione di se stessi, l'esibizionismo della nudità è divenuto dominante. È così che un numero sempre più grande di personaggi mediatici si mostrano nudi sui giornali, poiché non hanno niente da dire. È vero che quando non si sa più pensare, parlare o elaborare idee, si mostra il proprio corpo. La società commerciale esalta questa visione di un corpo psicotico. Le immagini mediatiche, attraverso la pubblicità e la televisione, prendono il sopravvento sui pensieri e, di anno in anno, producono scenari che incitano le persone a diventare corporalmente e sessualmente impulsive. Questa erotizzazione delle rappresentazioni sociali crea un clima di eccitazione sessuale e di passaggio all'atto con il corpo che cambia la concezione dalla relazione nei confronti dell'altro. La volontà di imporsi e d'appropriarsi dell'altro è una caratteristica della presa di potere al fine di profittare di lui/lei, piuttosto che iscriversi in un procedimento relazionale per conoscerlo, comprenderlo, apprezzarlo e fare dei progetti. La sessualità è così staccata dal senso dell'amore per diventare un'attività ludica e principalmente narcisistica ma anche depressiva, come testimoniano le richieste di consulenza da parte di giovani e adulti che vogliono liberarsi di una sessualità immaginaria, creata per il piacere solitario, che non permette un incontro reale con le persone amate. Essi scoprono di essere stati imbrogliati dai modelli sociali ai quali avevano aderito. In un tale contesto, e paradossalmente, le aggressioni sessuali e le violenze carnali sono diventate inaccettabili poiché tutte le prospettive incitano ad agire in maniera impulsiva. C'è dunque uno spostamento tra le rappresentazioni sociali del corpo e della sessualità e ciò che si costruisce nella pratica, dove le persone sono alla ricerca di comportamenti più sani e autentici.

I diversi comportamenti che ho descritto cercano di liquidare,

sopprimere ed evitare tutto ciò che accade nella vita interiore, invece di elaborarlo mediante diverse attività: l'autoriflessione, la lettura, la ricerca religiosa e morale, ecc.

5. L'angoscia di vivere

Nelle crisi esistenziali, l'angoscia è spesso la prima sofferenza che si manifesta. L'angoscia di vivere, di sapere ciò che si fa nei propri impegni e nelle proprie attività. "A che scopo tutti questi sforzi?", "A che serve ciò che faccio quotidianamente?", "A che serve la mia esistenza?". La vertigine dell'angoscia invade e inibisce la maggior parte delle funzioni della vita psichica. Commiserandosi della vita, la persona si autocompiange, senza dubbio perché sente di perdere il senso della propria esistenza.

L'angoscia di vivere è un tratto particolare della psicologia umana che la letteratura clinica della vita psichica ha saputo mettere in prospettiva. La psicanalista Melanie Klein è stata la prima studiosa ad aver cercato di identificare le radici di questa angoscia nella nascita della psiche del bambino. L'esperienza clinica e l'elaborazione teorica hanno confermato la sua ricerca. La dottoressa Klein è riuscita a dimostrare che, sin dalla giovane età, il bambino è animato da pulsioni aggressive per imporsi nella vita, appropriarsi del cibo per rispondere ai propri bisogni e appropriarsi della presenza umana per sostenersi. I primi aspetti della sua personalità si manifestano rapidamente nel momento in cui si mette in opera attraverso le proprie sensazioni, malgrado gli atteggiamenti positivi dei suoi genitori. Il bambino attraversa dei periodi depressivi, non in senso medico ma nel senso in cui ha dovuto rinunciare malvolentieri a certe cose, come il seno della madre, per accedere a cose nuove. Allo stesso modo, il bambino vive dei momenti in cui può crederci perseguitato, poiché pensa di subire delle rappresaglie da parte delle persone che ama a causa del male che pensa di provocare per le sue pulsioni aggressive. Ritroviamo questo comportamento negli ado-

lescenti o negli adulti, che sono curati con la psicoterapia o con l'analisi, che provano inconsciamente un forte senso di colpevolezza e di sofferenza in ragione della loro incapacità di riparare al male di cui si sentono colpevoli a causa della loro aggressività interiore. Essi vogliono spesso cambiare posizione e proiettare il proprio tormento all'esterno accusando il medico che li ha in cura di fargli del male. Esprimono dei lamenti che li riportano a frustrazioni primitive ancora attive. Si sentono perseguitati e aggrediti. L'angoscia della persecuzione è diventata una dominante per sfuggire a un sentimento di colpevolezza personale, evidentemente immaginaria. Il sentimento di amore scomparire e l'altro diventa un oggetto cattivo; non può più essere amato. Bisogna dunque accusarlo e rimproverarlo e le pulsioni distruttive nei suoi confronti sembrano giustificate. È un modo di rafforzare l'angoscia persecutrice e di fuggire dalla colpevolezza e dalla disperazione. È interessante osservare questo primo movimento della vita psichica occupato ad elaborare le pulsazioni aggressive e la colpevolezza. Nel migliore dei casi, queste sono rimaneggiate nell'amore dell'altro e nell'elaborazione delle sue pulsazioni. Ma possono altresì perdurare in una situazione di conflitto permanente in cui coltiverà approcci costanti contro i suoi genitori e la vita. Egli intraprenderà il processo della propria educazione, della società e della Chiesa.

L'angoscia, come la noia di vivere, non è estranea ad un'angoscia primordiale vissuta dall'Io del soggetto che è la minaccia della distruzione, provenendo dalle sue pulsioni aggressive. Esse sono talmente forti da rappresentare un pericolo che il bambino percepisce. Basta osservare come i bambini in crescita o alla scuola materna, se non sono controllati dagli adulti, si lascino trasportare, dalla propria violenza, contro se stessi e contro gli altri. Se un lattante avesse la possibilità di disporre della bomba nucleare per avere immediatamente il suo biberon, non esiterebbe ad azionarla. Ma, fortunatamente, il bambino sviluppa delle attività difensive per

proteggersi e indirizzare verso l'esterno questa aggressività, pensando che la minaccia venga dall'esterno, il che gli consente di collocare al meglio le figure parentali e la realtà. L'amore dei sensi lo protegge, lo rassicura, lo sostiene, per dirgli che la vita è possibile e dandogli i mezzi per tracciarne la via e il cammino.

Conclusione

Indipendentemente da quale essa sia, la forma depressiva ha sempre delle conseguenze psicologiche e spirituali. Quelle spirituali le esamineremo in un'altra conferenza. Nell'attesa, possiamo ipotizzare che la vita psichica del depresso è segnata da un'angoscia di annientamento, di essere cioè privato dei propri mezzi, di non poter più esistere né per gli altri, né per un ideale. Ritroviamo qui non soltanto l'esperienza dell'inizio della vita, ma una realtà inerente la condizione umana e che si riassume attraverso il mal di vivere, la melanconia e la depressione. Già gli antichi avevano constatato e riflettuto su questo fenomeno. Alcuni tra i primi monaci cristiani vivevano questa prova nella loro asce-

si. Era conosciuta sotto il termine di "acedia", che significa la sofferenza di essere al mondo e che ha come conseguenza il disinteresse per la vita. Ma l'acedia è legata alla vita spirituale e si esercita nell'ambito del desiderio di Dio e di una relazione creativa. La depressione è un modo d'essere privato di sé e messo fuori uso. Tuttavia, nel mondo moderno, esiste un legame tra depressione e acedia. Il sentimento d'impotenza e di perdita dei sensi è stato spesso descritto come uno dei componenti della depressione. Se la depressione è una malattia che bisogna curare, la sua comprensione non può essere ridotta a un semplice affezione individuale, soprattutto perché questo male e questa sofferenza sono ampiamente condivise. Essa non interpella solo la medicina ma anche le condizioni sociali poiché i punti di riferimento si confondono e le esigenze della vita spirituale non sono rispettate con l'ascolto della parola di Dio. Questo perché la depressione non può essere interpretata come la fatica di essere se stesso, perché le personalità contemporanee dovrebbero fare a meno dei valori trascendenti e inventare la loro vita da soli e contando unicamente

sui propri interessi soggettivi. La depressione, e in particolar modo la depressione esistenziale, dimostra una realtà più profonda che ha avuto origine con l'umanità e che si manifesta attraverso il rifiuto e la mancanza di adesione alla vita. La tristezza non è più unicamente il fenomeno emotivo centrale della depressione in cui il soggetto è triste a causa di qualcosa, ma è triste di se stesso, della sua incertezza interiore e della mancanza della realizzazione di sé. Il ricorso alla droga nelle giovani generazioni maschera questa problematica quando cercano di calmarsi interiormente con la cannabis, ricercano nuovi stimoli con la cocaina e maggiori *performance* con l'ecstasy. Essi lottano contro una depressione esistenziale che proviene, da una parte, dal rifiuto di accettare e di entrare nella vita. L'uomo di oggi, come quello di ieri, è impegnato nella stessa questione: come imparare ad amare la vita per trovare realizzazione nella sua umanità e scoprire il senso dell'esistenza?

P. TONY ANATRELLA
*Psicanalista e specialista
in psichiatria sociale
Parigi, Francia*



MARIANO GALVE MORENO

4. Depressione e crisi religiosa

“Non si capisce come si possa andare avanti senza la fede”

1. Introduzione

1.1. Tre premesse per iniziare

Nella nostra cultura occidentale, pur se è definita del “benessere”, si vanno diffondendo sempre più dei sintomi che si potrebbero definire “depressivi”. Oggi la depressione è la malattia di moda. Potrebbe essere diagnosticata a chiunque abbia dei problemi esistenziali.

Nessuno dubita poi che la vecchia configurazione della nostra vita stia saltando in aria e che mondo e religione stiano attraversando una crisi profonda, senza che nessuno sappia, né possa, definirla nella sua totalità e nelle sue relazioni.

Ciò che non è altrettanto evidente e che, con tutta sicurezza, non è di moda, è l'esistenza di un forte legame – profondo e segreto – tra depressione e crisi spirituale. E questo perché siamo abituati solamente all'evidenza dell'esteriorità, negando ciò che è vitale per ogni uomo, e cioè che l'interiorità possiede un proprio respiro e fornisce ossigeno a tutto l'essere, che in questo luogo interiore sta il cemento sul quale si fonda ogni vincolo stabile con gli altri e, forse, per alcuni, la pietra angolare che permette di sentirsi abitato dall'Altro, e che solo e grazie a loro – Dio e gli altri – il nostro spirito si alimenta, respira, diventa mobile, ardente e amichevole.

Attualmente questi vincoli sani e sananti sono, se non negati, certamente disattesi e, pertanto, cultura e individuo seguono la facile tendenza dello “sforzo minimo” che favorisce l'aumento della depressione. Le cosiddette “malattie

croniche” lo sono perché non si è discesi a quel punto centrale privilegiato della nostra interiorità e, poiché non si dispone delle forze che vi abitano, si vedono obbligate a ripetersi senza tregua, come il bambino che i genitori non vogliono ascoltare e che martirizza tutti con la sua insistenza.

1.2. La crisi della nostra spiritualità

Dobbiamo dire che ci stiamo avvicinando al punto in cui i beni esteriori – prosperità e beni materiali – stanno sostituendo i beni spirituali come ideale. Tale tendenza sta creando una considerevole dissociazione e negazione del ruolo che le nostre necessità spirituali svolgono nella vita. Benché il benessere materiale aumenti, la nostra necessità di amare – suprema e unica norma religiosa – e che costituisce una massima garanzia contro la depressione, viene trascurata e può perfino soccombere.

Per questo, ci attacchiamo alle soddisfazioni esterne, mentre la difficile lotta per la ricchezza interiore e la pace di coscienza restano lasciate al caso, dando luogo, secondo me, alla radice dell'attuale crisi religiosa. Le nostre lotte – tra amore e odio, tra ira e pazienza, tra compulsione e ascesi – ricevono pochissimo aiuto dalla nostra attenzione e dai nostri sforzi consapevoli. È certo che la nostra grande necessità di incoraggiare e nutrire l'amore e di sopprimere e modificare l'odio, sta cercando nuove vie nella vita, ma come problema interno individuale ottiene poco appoggio diretto.

Nella depressione *lo spirito* ammutolisce e la vita si assenta quando in loro non riponiamo fiducia, quando li disprezziamo, li opprimiamo e li richiudiamo come un

bambino in una stanza buia. Quando ciò avviene, nascono la sofferenza, il danno, la pena e il dolore.

Nel depresso, la vita non sembra essere vita, la storia e il movimento vitale sembrano sospesi, la speranza non sa cosa sperare, l'essere non esiste, si limita ad essere una possibilità della quale non è consapevole. Il depresso non teme la morte né l'attende, la morte è egli stesso. In questa esperienza nulla riesce a calmare né a rappacificare. Niente assicura il depresso che sta attraversando un processo di ricapitolazione vitale nei suoi due aspetti, la vita e la morte, vicine e sorelle inseparabili.

Tuttavia, sotto la spessa cappa gelata, la vita scorre ancora senza che nessuno lo sappia, nemmeno lui stesso. Solo lì si mantiene la vita come una spia accesa che resiste come una ridotta in tempo di guerra. E, in questa cappa profonda della nostra interiorità, nascerà quella misteriosa capacità di rinascere, di recuperarsi, di perdersi nell'altro, di reimpostarsi altrove.

In questo senso *il lamento e il sintomo* sono il risultato di una negoziazione tra la chiamata alla vita e la paura di vivere. Lo sguardo curativo si compiace nell'identificare le due forze presenti, però sceglie fermamente uno dei due partiti: quello di quel desiderio timido e vacillante, che cerca di farsi sentire e trovare una strada tra le sottigliezze dell'angoscia e i fossati della colpevolezza.

2. Radici della depressione: perdite significative e attacco a tutto ciò che è buono

Religione e psicologia esistenziale coincidono nel segnalare due grandi cause che sono all'origine della sofferenza depressiva: una è la perdita di oggetti significativi e

l'altra è la cattiva strutturazione dell'impulso distruttivo.

2.1. *Tanto intorno a noi quanto nel nostro mondo interiore esistono molte perdite*

La perdita può provenire dall'infanzia, in cui il padre o la madre sono morti o hanno abbandonato la famiglia. La perdita potrebbe essere più recente quando un padre o una madre amato o odiato hanno lasciato questa vita senza una parola di riconciliazione. Forse la persona amata non è morta ma se ne è andata e ama un'altra persona.

Come può il depresso dimostrare la colpa che prova per aver fallito, l'ira per essere stato abbandonato, la desolazione per essere stato lasciato solo, abbandonato, senza nessuna ricompensa né riconciliazione?

C'è dolore anche per la perdita della fanciullezza o per la paura di crescere. Per la perdita della gioventù, della bellezza e della virilità. Dietro c'è il timore di diventare dipendenti dagli altri e causare loro pena.

Dolori come questi arrecano disperazione. Il depresso è pieno di una pesante e grigia indifferenza, anche verso le persone che prima erano importanti per lui. L'amore si è allontanato, lasciandolo con la percezione della sua assenza.

2.2. *La depressione come "separatività"*

Mi dà molta pena quando sento qualcuno dire allegramente: "Non credo in Dio". Ho quindi l'impressione che, per seguire la moda e la più ottusa permissività, stiamo perdendo la cosa più preziosa che abbiamo e che, purtroppo, in questo stesso movimento si stia impadronendo di noi il virus della depressione.

Dal punto di vista religioso, la parola chiave per comprendere la depressione si chiama separatività. Il male radicale, che è fonte di tutte le esperienze depressive, viene dal nostro credere erroneamente di essere separati da Dio, da noi stessi e dagli altri.

Il sentimento di aver dannato e distrutto la relazione con Dio e ciò che essa simbolizza – il suo legame con il paradigma della bontà –,

diminuisce la fiducia del depresso nella sincerità delle sue relazioni successive e lo fa dubitare della propria capacità di amare e di essere buono.

Possono anche levarsi dubbi nei riguardi del Sommo Bene. Sotto la pressione dell'ansia depressiva, la fede e la fiducia negli oggetti buoni di solito vengono scossi.

I cambiamenti significativi dell'umore avvengono con maggiore probabilità in coloro che non hanno stabilito, con sicurezza, la loro parentela con Dio e non sono capaci di mantenere la gratitudine verso di Lui.



Alla perdita significativa di Dio si somma la grave distruzione del ritmo temporale. Il depresso perde la memoria selettiva ed è incapace di vedersi e rileggersi nel proprio passato; non accetta il presente, pieno di sofferenza e solitudine e, soprattutto, non ha futuro perché, nel movimento stesso della perdita di Dio, ha perso anche la trascendenza.

La perdita del futuro, su cui è cimentato il "senso della vita", scombussola il tempo vissuto. Così, ad esempio, il tentativo di cancellare dalla Costituzione Europea le sue radici cristiane, falsa il nostro passato, e, per questo motivo, lo tinge con una tinta depressiva.

Per usare una frase di Simone Weil, tale spezzettamento del tempo, è cosa da criminali, prostitute e schiavi. È, quindi, un distintivo della disgrazia.

Per questo, quando i depressi scavano nel loro passato, scoprono che queste perdite sono state più dolorose e registrate in dimensioni più intense rispetto alle persone non depresse, anche se si tratterà solo di piccoli tradimenti, slealtà, crudeltà, denunce, minacce, rimproveri, viltà, gelosie e ingratitudini che hanno luogo in ogni comunità che non sia guidata dall'amore e dalle persone.

2.3. *Effetti profondi della separatività: essa colpisce l'inconscio*

Ogni depressione e i suoi sintomi sono interni e rendono difficile la fede nell'amore. Tutti questi pericoli tendono ad allontanarci dalla bontà interiore, per timore della disillusione, dell'abbandono e dell'insicurezza che ci minacciano.

Il sentimento del danno causato dalla separatività (da Dio, dagli altri e anche da se stessi), la grande ansia che ne deriva, e la risultante incertezza circa la bontà dei rappresentanti del bene, hanno l'effetto di aumentare la voracità, la compulsione e gli impulsi distruttivi.

Voracità in primo luogo. La mancanza di connessione con le fonti del Bene e dei suoi rappresentanti provoca un vuoto interiore che mille e più cose di questo mondo non possono riempire.

L'uomo però cercherà di riempire il vuoto e si imbarcherà nel meccanismo inarrestabile della *compulsione*. Compulsione ad essere, o compulsione di cupidigia e del suo omologo, l'ambizione, che si relazione con la rivalità e la competenza nelle relazioni umane.

Per ultimo, l'emergenza degli *impulsi distruttivi*. A causa del vuoto e dell'insoddisfazione, la rabbia interna mette in moto il meccanismo dell'odio. Conseguenza di ciò è l'impovertimento, perché la rabbia impedisce l'integrazione e la sintesi.

3. Cura. Uscire dalla depressione

Le esperienze che sono "timoni di profondità" – l'amore, la creazione e le esperienze religiose – conferiscono un ruolo di struttura-

zione dell'individuo. Sono le basi di ogni fede, di ogni nascita e di ogni rinascita.

3.1. Ammettere l'aspro sapore della verità

Quanto maggiore è la crisi in noi e nel nostro mondo, quanto più abbondante sarà la domanda di rivelazioni più o meno reali e veritiere. È anche certo che la maggior parte delle volte si ottengono soltanto false risposte a domande autentiche.

Il primo dovere del *depresso* che intenda veramente curarsi, cioè che voglia cambiare la paura in pena, consiste nel lasciarsi cadere senza un lamento, senza pudore né smorfie come un bambino stanco che cade dal sonno e si addormenta nel primo posto che trova.

Non si creda che questo voglia dire rendere cronica la sofferenza. Si tratta unicamente di una seconda opportunità che il *depresso* può concedersi per incamminarsi verso la sua stessa vitalità profonda. Per questo occorre che, in un impulso di fede poco comune, il dolore sia ricevuto, accettato, assorbito e digerito e questo richiede di dare un significato alle sensazioni e una grande capacità di approfondimento delle esperienze.

I monaci dell'occidente, i saggi orientali, i padri del deserto, i sufies dell'islam hanno dedicato la loro vita ad addentrarsi nei sentieri che portano alla vita interiore. E sanno bene che per arrivare al nucleo di questo spazio interiore – dove abitano i tempi e i luoghi retti dalla grazia – è necessario addentrarsi nel mistero attraverso quel fosso depressivo – ammettere questa pena, questa caduta, questo silenzio – come un nubio doloroso tra la vita e la morte.

3.2. Partire dalla nostra interiorità e ampliare e rafforzare il lieve battito della vita

La serietà e la bravura non hanno senso, se il desiderio non è vivo, il cuore vivace e i “polmoni scarlatti”. Queste zone profonde della nostra intimità hanno bisogno di essere nutrite, protette e curate con premura. Il contatto caloro-

roso con gli altri è l'alimento principale del cuore.

Tanto nel Vangelo quanto nella vita di tutti i giorni esistono esseri che incarnano la verità. Sono, nello stesso tempo, autentici, veritieri, verificatori e verificati. Senza ricorrere alla parola, rivelano la nuda realtà di coloro che li avvicinano. La rivelazione nasce dal loro stesso atteggiamento di desiderio e verità di fronte ai quali sentiamo l'anelito e il valore di osare essere alla fine noi stessi, di sopprimere l'anchilosi esistenziale, di contemplare senza compiacenza la nostra timidezza e le nostre timorose apprensioni.

3.3. Dare tempo al percorso della cura

La trasgressione alimenta la colpevolezza e questa il perdono e la riparazione (Winnicott). Allo stesso modo, quest'ultima dà origine all'accettazione di se stesso, alla premura, alla bontà, alla preoccupazione per gli altri, alla sensatezza (ancora Winnicott), che a sua volta causa l'amore per Dio (il Vangelo). Di modo che la trasgressione della legge è il cammino verso la festa del padre (il figliol prodigo: “C'è più gioia in cielo per un peccatore convertito”...).

4. Terapie psicologica e spirituale: riparazione e riconciliazione

“Comprendiamo soltanto e ha senso pieno ciò che abbiamo assimilato, espresso e incorporato alla nostra intimità attraverso la confessione e il perdono. Lasciarsi perdonare di fronte alla presenza di un altro è un'alchimia che anima, rianima e vivifica”.

Religione e psicoterapia analitica coincidono anche in questo principio: quando una presenza diventa assenza, detto oggetto può essere ricreato, posto in gioco, sostituito nel nostro spazio interiore grazie alla riparazione e alla riconciliazione. Quando ciò avviene, nasce un'altra presenza ancor più presente della precedente, dato che è interna, che fa sì che la vita prosegua il suo cammino nonostante la carenza e la morte. La cosiddetta “elaborazione del lutto”

ha in comune il fatto che, oltre alla mancanza, implica alcune elaborazioni, che sono pienezze strappate al vuoto, realizzazioni che trascendono la perdita, sguardi dispregiativi alla morte, immagini della resurrezione.

4.1. Riconciliazione come accettazione, migliori relazioni con noi stessi e con gli altri e una più chiara percezione della realtà esterna ed interna

La situazione di accettazione di noi stessi, certamente dà luogo ad un grande dolore spirituale e a colpa, ma crea anche sentimenti di consolazione e di speranza che, a loro volta, rendono meno difficile l'unità personale. Tale speranza è basata sulla crescente conoscenza inconsapevole che l'idea e l'esperienza di Dio e degli altri, non sono tanto cattive come erano state sentite nei suoi aspetti dissociati dalla depressione.

La riconciliazione è, per questo, *riparatrice del proprio essere*. Il soggetto *depresso* ha appreso che l'unico punto di appoggio che meriti credito è la sua interiorità calorosa e stabile che contrasta con la ricerca febbrile di contatti molteplici e superficiali, una volta caratteristica della sua esistenza. La guarigione lo ha reso alla sua intimità. Per il soggetto morto e risuscitato è il fondamento di un altro modo di assumere se stesso. Nell'uscire dal nulla depressivo, si rivolge verso il suo interno per aver sperimentato la precarietà e la mancanza di significato dell'esteriorità.

Ma la riconciliazione agisce anche come *riparatrice di altri esseri*. La capacità di assumere la solidità permette al riconciliato di comprendere e consolare il dolore altrui, dato che conosce per esperienza personale la riparazione e la resurrezione. Quando assume la sofferenza del prossimo e la condivide, si trasforma in sollecitudine, compassione e responsabilità.

La riconciliazione è anche *creatrice*. Ama il mondo abbastanza perché gli sia caro e non lo teme tanto da non trasformarlo. Riunisce in sé quella tenerezza e quella violenza che danno origine alle esistenze animate e alle parole vive.

Quando la riconciliazione può essere portata a tali profondità, gli effetti perniciosi della depressione diminuiscono, arrivando ad una maggiore fiducia nelle forze costruttive e riparatrici. Il risultato è una maggiore tolleranza rispetto ai propri limiti come pure migliori relazioni con gli altri e una più chiara percezione della realtà interna ed esterna.

Così, in relazione alla *compulsione*, Wiliam James osservò che “si curano più depressi con la conversione religiosa che con tutta la medicina del mondo. E ritengono che ciò continui ad essere vero nonostante i grandi progressi realizzati dalla moderna psichiatria”.

La riconciliazione, rivestita di queste caratteristiche, ci regala anzitutto una relazione sana con Dio, nostro Padre, e con il nostro Redentore, Gesù Cristo, un sì alla grazia e al compito di amarci reciprocamente.

4.2. *L'accettazione riconciliata promuove la soddisfazione*

Mentre lo stato di non riconciliazione è fonte di grande infelicità, l'atto di riconciliarsi è percepito come substrato degli stati psichici di soddisfazione e di pace e infine della saggezza. Ciò, di fatto, costituisce altresì la base delle risorse interne e dell'elasticità che possono essere osservati in coloro che recuperano la pace spirituale anche dopo aver attraversato una grande avversità e dolore morale. Tale atteggiamento, che include la gratitudine in relazione ai piaceri del passato e il piacere di ciò che il presente può dare, si esprime nella serenità.

4.3. *La gratitudine, come antidoto alla depressione*

Quanto più spesso si sperimenta la gratificazione nell'atto di relazionarci con Dio e con i suoi analoghi, tanto più sono sentiti il piacere e la gratitudine al livello più profondo, svolgendo un ruolo importante in ogni sublimazione e nella capacità di riparare.

La gratitudine è strettamente legata alla generosità. La ricchezza interiore deriva dall'aver assimilato il bene, di modo che l'individuo diventi capace di condividere i

propri doni con gli altri. In questo modo è possibile interiorizzare un mondo esterno più propizio e, di conseguenza, si crea una sensazione di arricchimento.

Dopo la gelata depressiva, poiché la riconciliazione è nata dalla morte, lo spirito conosce la gratuità, il ricevuto e il dato. Questa vita gratuitamente ricevuta e data gli insegna qualcosa sul mistero della filiazione e della paternità.

Mediante il sentimento di gratitudine il credente si apre alla sua storia e alla storia, che sono storie di salvezza.

Il polo opposto è la memoria malata, occupata – e, a volte, completamente posseduta – dal risentimento, dal rancore e dall'insoddisfazione. La persona grata non si compiace nello scavare continuamente in vecchie ferite. Il suo sentimento di gratitudine irradia costantemente e aiuta gli altri a liberarsi da lamenti e da accuse.

5. Una vita nuova: esperienza rinnovata e risuscitata

“Incommensurabile è l'importanza psico-igienica della terapia contro la paura istaurata da Gesù. Anche se contempliamo la questione semplicemente dall'aspetto della storia delle religioni comparate, vediamo chiaramente che Gesù è l'unico fondatore religioso ad aver eliminato dalla religione l'elemento del timore depressivo” (Bernhard Hanssler).

Affrontare la morte depressiva e rinascere è la storia di ogni autentica depressione, che sia stata o meno battezzata con questo nome dalla medicina. Deprimersi e ristabilirsi significa aver assimilato che la vita è più libera e che il desiderio è capace di rinascere e risuscitare.

5.1. *Nella depressione riacquistare la “salute” implica recuperare il senso della vita*

Il desiderio è un modo di “essere presente” e di “dare senso” in contatto con se stesso, con l'universo e con l'Assoluto.

Il desiderio mobilita enormemente il senso della vita. Si sa che nevrosi e depressioni assaltano in-

dividui pietrificati in un atteggiamento esistenziale univoco. Per questo, tornare a recuperare il senso della propria vita, è il punto cruciale e primordiale della terapia, nel moto stesso che costituisce l'istante fondamentale di ogni intento incamminato verso la profondizzazione di sé.

Uscire da una depressione vuol dire permettere nuovamente che questo “senso” agisca nello spazio dell'interiorità: apprendere nuovamente a vivere, a lasciare che in noi operino quelle cure e quei balsami, che consolano e disciolpano, che si sono succeduti nel corso della nostra storia.

Il ritrovare, dentro o fuori se stesso, un luogo in cui ci sia senso deve essere simultaneo alla scoperta del senso stesso, del suo impiego, dei piaceri e delle consolazioni che fornisce, e della libertà di cui sono umili strumenti.



In questo modo, un pezzo di pane e un bicchiere di vino ricevuti e incorporati come simbolo e “senso” rappresentano tutte le cose buone del mondo e, per i cristiani, tutta la buona natura amante di Dio. Profondamente incorporata, una minuscita particola di pane può far sì che entrino in gioco l'infinito della nostra interiorità, l'infinito del mondo e l'infinito di Dio.

6.2. *Nella depressione riacquistare la “salute” implica recuperare la fiducia basilare*

È necessario non aver nulla da perdere, non sperare nulla dalla forza, non rivendicare la compulsione di essere, non credere nella sopravvivenza per confidare nella

resurrezione. La speranza radicale in mezzo alla disperazione, la fiducia in piena inquietudine è un mistero: quello della vita che è più forte della morte.

Tale fiducia basilare che emerge dalle profondità dell'essere, dopo il passaggio purificatore attraverso la morte depressiva, fonda la realtà, la verità dell'essere e la veracità delle sue relazioni con il mondo e con la propria storia.

2.1. Nella depressione riacquistare la "salute" implica recuperare l'autorizzazione ad amare e ad amarci

Ho "vita" se permetto al mio desiderio di operare nel mio corpo, nella mia storia e nel mio mondo; amo se accetto, se spero dall'altro lo stesso movimento libero e fiducioso del suo desiderio. Questa considerazione fiduciosa e amorosa può essere chiamata autorizzazione.

Si muore perché non si è amati, si rivive se lo si è. Pertanto, questo sguardo autorizzatore, questa relazione amorosa è il primo dei "ge-

sti" per colui che si è imposto il compito di restaurare una vita, una storia, e una sovranità originale.

La madre, ad esempio, è la prima dispensatrice di questa "autorizzazione", di questo amore che autorizza. La prima offerta del seno, come risposta alla prima fame, insegna al neonato che la necessità annuncia la gioia, che al vuoto di dentro corrisponde l'abbondanza di fuori, che è dolce chiedere e ricevere. Però questa prima approvazione della necessità iniziale si prolunga nel corso della vita riviificata da ogni esperienza di domanda soddisfatta.

Per i credenti il Supremo dispensatore dell'autorizzazione è Dio... che è amore totale e disponibilità totale...

Per i non credenti vorrei ricordare la storia di quel giovane psichiatra *depresso* che cerca di suicidarsi. Guarito, chiede ad un amico cosa deve fare per non ricadere nelle stesse sofferenze. Questi gli risponde: "Ho un trucco per coloro che non credono in Dio. Per sentirvi vivi e reali bisogna lasciarsi toccare tutti i giorni da qualcosa o da qual-

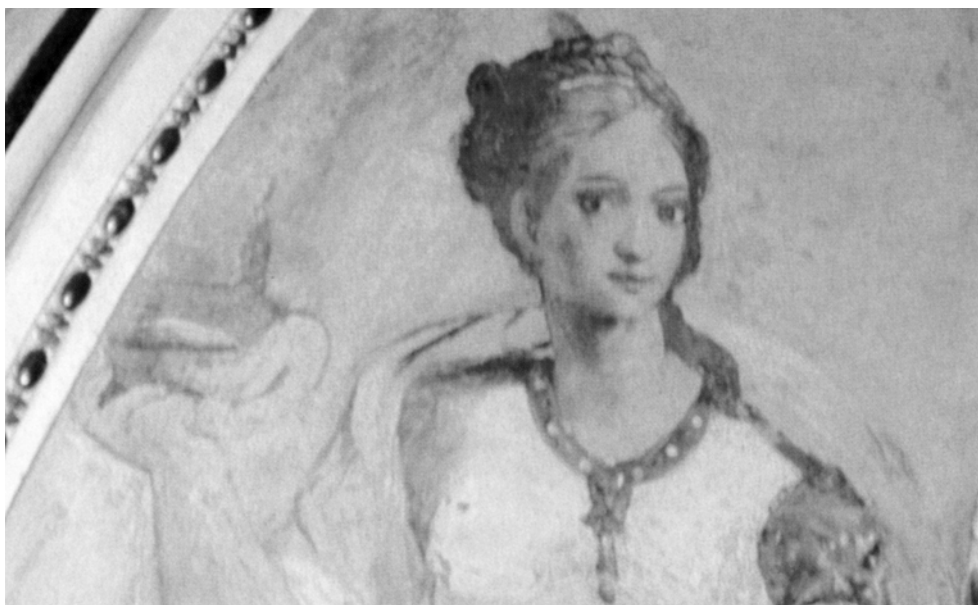
cuno". È necessario permettere che gli altri ci alimentino il cuore, che ci scambiamo segnali di vita grandi ed emotivi; è necessario lasciare che ci molestin, cioè che ci animino con uno sguardo, una voce, un gesto e, se possibile, una carezza.

Vorrei terminare il mio intervento con un appello a mettere in moto ogni grammo di bontà autorizzatrice che esista in Dio, nel mondo, nelle comunità, nelle persone e nelle cose che diano "senso" alla nostra vita.

L'inclinazione alla tendenza depressiva della nostra società è forte. Per questo, credo che le scienze che curano il corpo e la mente debbano allearsi con le risorse riconciliatrici sananti della religione, per fornire, senza indugi, il sostegno necessario all'onestà e al benessere intimi, che fanno parte della realtà affettiva interna e sono fonte di una comunione amorosa con il mondo esterno, in cui vivono i fratelli.

P. MARIANO GALVE MORENO

*Psicologo,
Saragozza, Spagna*



BENGT J. SÄFSTEN

5. La crisi del suicidio

Introduzione

Il suicidio è una crisi per la persona, per la famiglia e per la comunità. È un tipo singolare di morte. Ogni crisi può portare al suicidio. Se mai una condizione ha richiesto un'analisi integrata, che tenga conto di fattori sociali, teologici, biologici, clinici e soggettivi, questo è il caso specifico. Il suicidio ed il comportamento suicida sono il risultato estremo di un'interazione molto complessa. È piuttosto raro che il suicidio si basi su una decisione semplice e logica. Esso è il culmine di un lungo processo in cui le persone, in vari modi, cercano di ridurre la loro profonda sofferenza emotiva.

Durante l'ultimo mese della loro esistenza terrena, molte persone che commettono suicidio hanno avuto un incontro con un medico generico, o con qualcun altro che possa aiutarli, compresa la Chiesa.

Dato che la crisi del suicidio è così complessa, ci sono molti modi che consentono di intervenire e di prevenire che ciò avvenga. Un altro aspetto molto importante – quando il disastro ha avuto luogo – è quello di prendersi cura dei parenti del defunto, in modo particolare dei bambini che sono rimasti orfani. Se è vero che i progressi nella tecnologia medica hanno portato a controversie più complesse (di tipo medico, legale, morale ed etico) riguardo la vita e la morte, è altresì vero che si ha notizia della depressione e del suicidio sin da quando ci sono documenti scritti.

Noi tendiamo ad interpretare le cose sulla base delle nostre esperienze personali, e delle nostre percezioni. Dobbiamo però, seppur con il rispetto dovuto alla privacy delle persone, trattare l'argomento nel modo più aperto possibile con i membri della comunità, anche quando affrontiamo temi quali la

depressione e il suicidio. Questa presentazione si basa sul mio lavoro quotidiano di medico svedese che lavora in una città universitaria del nord Europa, dove il suicidio viene trattato come un'emergenza medica e psichiatrica. Ma è indiscutibile che il suicidio sia il maggior problema sanitario del mondo, con molti aspetti diversi ad esso correlati.

Definizioni

Inizialmente abbiamo esaminato le statistiche che descrivono la depressione comune. Si era sperato che la crisi fosse in declino, e in realtà non è diminuita, malgrado siano disponibili una maggiore conoscenza ed opinioni sul trattamento. Abbiamo anche constatato, però, che circa un milione di persone muoiono annualmente a causa del suicidio. Negli ultimi 45 anni, infatti, la percentuale del suicidio è aumentata del 60% nel mondo. Ogni 40 secondi nel mondo ne viene commesso uno. Negli Stati Uniti, ogni due ore un giovane si toglie la vita. Il suicidio uccide più adolescenti rispetto ad ogni altra malattia o causa naturale. Esso è tra le tre cause principali di morte nelle persone tra i 15 e i 44 anni. Inoltre, ci sono molti più tentativi di suicidio e atti suicidi che non suicidi riusciti. È importante tenere presente che i tentativi di suicidio sono circa 10-20 volte più numerosi dei suicidi riusciti.

Inoltre, le statistiche sono difficili da confrontare, e potrebbero essere inesatte a causa della particolarità dell'argomento. In alcuni Paesi, il suicidio è un tabù assoluto. Un gran numero di rapporti si riferiscono a errate classificazioni di cause di morte, incidenti dovuti a cause sconosciute, e ai cosiddetti suicidi cronici o occulti (come

abuso di sostanze, scarso rispetto per regimi medici, ecc.). È altresì un paradosso che, mentre le depressioni sono entità mediche ben definite, e mentre le diagnosi ufficiali sono più semplici da valutare da un punto di vista statistico, i suicidi non sono considerati come entità mediche separate, e perciò è molto più difficile confrontare le relative statistiche. Malgrado ciò, non bisogna credere che le statistiche ufficiali, di norma, siano raffigurazioni errate. Tuttavia, è necessaria una certa cautela nell'interpretazione delle percentuali nei Paesi con scarsa popolazione, in quanto poco di più o poco di meno significherebbe molto in termini di percentuale.

La progressione del comportamento suicida

A questo riguardo possono aiutarci alcune definizioni tecniche:

- pensieri suicidi: pensare ad uccidersi;
- gesti suicidi: diretti verso di sé, comportamenti potenzialmente dannosi che non hanno come esito una ferita fisica;
- tentativo di suicidio: danno auto-inflitto in cui il tentativo di una persona è quello di uccidersi, ma senza che ciò accada;
- suicidio completo: un tentativo di suicidio che ha come risultato la morte.

Va sottolineato che c'è anche un numero considerevole di cosiddetti suicidi occulti, principalmente tra gli anziani, laddove l'inedia e il mancato rispetto delle prescrizioni mediche porta alla morte. Questi suicidi occulti non vengono mai annoverati nei dati statistici.

Gli atti suicidi possono essere riscontrati anche nei bambini, che

ad esempio possono intenzionalmente prendere un'overdose di un tipo qualsiasi di pillole trovate nei cassetti dei genitori, spesso per attirare l'attenzione nei confronti dei loro problemi. Questi casi vengono riconosciuti molto di rado.

Fattori di rischio

I fattori di rischio comprendono i precedenti tentativi di suicidio, un membro della famiglia che ha commesso il suicidio, il ricovero in un ospedale psichiatrico, perdite recenti (come un lutto, il divorzio, la perdita del lavoro o della posizione sociale, o perfino della reputazione), l'isolamento sociale, l'emigrazione, l'abuso di dro-



ghe o di alcol, l'esposizione alla violenza, l'appartenenza al sesso maschile. Altri fattori di rischio sono diversi tipi di trauma infantili, come la trascuratezza, l'abuso fisico o sessuale. Il principale fattore di rischio per un suicidio completo è l'aver già compiuto uno o più tentativi di suicidio.

Spesso i disturbi psichiatrici sono elementi che portano al suicidio, specialmente i disordini di tipo depressivo (50-90%) e/o l'alcolismo, e in alcuni casi la schizofrenia (5%). La depressione è perciò considerata come uno dei principali fattori di rischio per il comportamento suicida. Ma la

depressione stessa raramente è sufficiente; la maggior parte delle persone morte di suicidio non è stata mai curata contro la depressione. In troppi casi si è scoperto che il trattamento antidepressivo prima della morte è stato assente o inadeguato. Sentimenti di disperazione, di impotenza, di inutilità e di solitudine possono essere opprimenti. Avvenimenti che provocano stress, o soltanto la loro previsione, possono far scattare dei comportamenti suicidi (come un cambiamento di lavoro o di scuola, o dei cambiamenti di posizione).

Non diciamo mai abbastanza che tutti abbiamo la responsabilità di vigilare nei confronti di questi segnali di allarme.

Le fasi della pianificazione di un suicidio

Nella fase della decisione di un suicidio, l'individuo combatte contro le questioni di tipo morale ed etico che l'atto implica, chiedendosi se sia un peccato o no, e quali effetti avrà sui suoi parenti ed amici. Spesso, questi ultimi osservano che il periodo è contrassegnato da ansia ed agitazione intense. La fase successiva è la cosiddetta fase dell'inizio, dove l'individuo formula dei piani concreti. Infine, segue una fase di rinvio, che viene spesso osservata come un periodo in cui l'individuo, paradossalmente, si rilassa, nell'attesa del momento opportuno per compiere l'atto suicida.

Fattori di protezione

Il lavoro, l'aver una famiglia ed una rete sociale stabile, sono fattori che, in generale, proteggono contro il suicidio. La partecipazione ad attività religiose può essere un altro fattore di protezione, ma può anche non esserlo. Storicamente, le percentuali di suicidio tra la popolazione cattolica sono state sempre più basse rispetto a quelle registrate tra i protestanti e gli ebrei. Forse un certo livello religioso di ortodossia ed integrazione è una misura più veritiera di rischio in questa categoria rispetto ad una semplice affiliazione reli-

giosa istituzionale. Ad esempio, è risaputo che i cattolici che sono emigrati in un altro Paese hanno un rischio maggiore di comportamento suicida rispetto a quelli che sono rimasti nel Paese d'origine.

Prevenzione e intervento

La propensione al suicidio può essere trattata a livello individuale e nella società, e i fattori di protezione che abbiamo menzionato prima dovrebbero essere presi in considerazione. La prevenzione comprende l'educazione nell'ambito della comunità sul problema del comportamento suicida. Non soltanto la sanità, ma tutte le organizzazioni che operano in ambito comunitario possono, e dovrebbero, essere coinvolte in questo compito. L'accesso ai mezzi comuni di suicidio dovrebbe essere ristretto (come controllo sui veleni, prescrizione controllata di medicinali, prudenza nel campo delle armi).

Un tentato suicidio o un suicidio completo può avere un effetto molto forte sulla comunità. Ci sono rapporti contrastanti sull'incidenza di un effetto contagioso che potrebbe creare ulteriori suicidi. Quando nella comunità ha avuto luogo un suicidio, devono essere intrapresi dei passi adeguati, quali piani precisi e linee guida, che coinvolgano i componenti dello staff e l'amministrazione con protocolli e linee chiare di comunicazione, che dovrebbero essere fatti in anticipo per trovare un aiuto medico, sociale e psichiatrico. Queste linee guida sono essenziali nelle scuole, nei luoghi di lavoro e, non dimentichiamolo, anche nelle diocesi e nelle parrocchie.

Ostacoli al trattamento e all'intervento

Gli atteggiamenti verso il comportamento suicida variano da Paese a Paese. In alcuni luoghi o culture, il suicidio è un assoluto tabù. Malgrado ciò, anche lì esiste tale comportamento e, per la persona impreparata, ciò può generare una tale ansia che il problema viene affrontato con un atteggiamento di rifiuto.

Suicidio medico-assistito

L'attuale dibattito è centrato sul suicidio medico-assistito piuttosto che sull'eutanasia o sul suicidio propriamente detto. Alcuni hanno affermato che il suicidio medico-assistito è un'alternativa umana all'eutanasia attiva. Altri credono che la distinzione tra suicidio medico-assistito ed eutanasia sia impercettibile, ma l'intenzione, in entrambi i casi, è quella di portare il paziente alla morte. È risaputo che, nella maggior parte dei casi, è presente la depressione.

Malgrado l'avversione che molti medici e moralisti medici esprimono verso il suicidio medico-assistito, sempre più sondaggi mostrano che molti "cittadini comuni" sarebbero favorevoli, in alcune circostanze, a tale forma di suicidio. Anche se molte associazioni della società medica si sono opposte al suicidio medico-assistito, insisto fortemente a dire che ciò continua ad essere all'ordine del giorno.

Altre forme di comportamento suicida

L'auto-mutilazione può essere vista come un altro tipo contemporaneo suicida o autodistruttivo. Le persone si fanno del male in molti modi: provocandosi bruciature o graffi, strappandosi i capelli, colpendo il proprio corpo con qualcosa, bevendo intensamente o assumendo dosi eccessive di droga. In questi casi, ci troviamo di fronte ad attività che hanno un forte rischio fisico ma per una persona che non ha necessariamente un intento suicida. Si tratta sempre, però, di un segnale di un problema sottostante, che spesso viene tenuto segreto e che rappresenta una sfida per la professione medica.

Nelle loro cronache, i media riportano di uccisioni, che comprendono anche il "suicidio" come mezzo che provoca intenzionalmente un danno a terzi per una causa politica, talvolta nascosta sotto la maschera della religione. Sentiamo spesso parlare dei cosiddetti "kamikaze" o delle "esplosioni suicide". Questo tipo di suicidio, che comporta l'auto-immolazione, non ha niente a che vedere con la depressione intesa in senso

medico; ciò nonostante ha un grande impatto sul nostro atteggiamento nei confronti del suicidio, della vita e della morte.

Il suicidio medico-assistito e queste ultime forme di comportamento suicida, perciò, non sono necessariamente associate alla depressione nel contesto medico, ma sono aspetti importanti delle attuali minacce alla vita umana.

L'esperienza svedese

La Svezia è un piccolo Paese che annovera solamente 8,9 milioni di persone. Attualmente, il nostro standard di vita è tra i più alti. Circa l'8% del PIL svedese viene destinato alla sanità e ai servizi medici. I nostri cittadini sono tra quelli che vivono di più. Il 18% circa della popolazione svedese è formato da ultrasessantacinquenni e il 4,7% da persone che hanno più di 80 anni. L'aspettativa media di vita è di 76,1 anni per gli uomini, e di 81,4 per le donne.

La sanità e i servizi medici svedesi sono organizzati in un programma uniforme, a livello nazionale, che permette ad ogni persona di accedere alle migliori cure disponibili. In Svezia la sanità viene considerata responsabilità del settore pubblico e ciò deriva da una tradizione che risale al XVI secolo. Soltanto l'8% dei medici esercita la professione privatamente. Il Ministero della Salute e degli Affari Sociali redige dei programmi generali per i servizi. La Direzione Generale del Governo per la Salute e il Welfare è la principale agenzia svedese del settore, che supervisiona la sanità pubblica e privata e i servizi a livello nazionale. Nel nostro Paese ci sono circa 27.400 medici. I professionisti di medicina generale che lavorano presso i centri sanitari forniscono cure mediche, un servizio di consulenza e programmi di prevenzione. I servizi scolastici sanitari verificano regolarmente la salute dei bambini in età scolare.

In Svezia il suicidio causa circa 1.500 morti all'anno. Giusto per fare un paragone, circa 600 persone muoiono ogni anno in incidenti stradali. Verosimilmente, le donne svedesi sperimentano episodi depressivi due volte più degli uomini.

Tuttavia, ci sono più suicidi tra gli uomini. Le percentuali tra gli adolescenti sono notevolmente aumentate, e nel gruppo di età compreso tra i 15 e i 44 anni il suicidio è la principale causa di morte. La depressione è l'esperienza più comune tra le vittime di suicidio più anziane, mentre l'alcolismo è la diagnosi più comune in quelle più giovani. È stato notato che alcune professioni annoverano delle percentuali di suicidio maggiori di quanto non ci si aspetti. In modo sorprendente, le donne medico ne sono un esempio, ma in generale le percentuali maggiori di suicidio sono più frequenti nelle occupazioni di maggiore prestigio e con stipendio più alto.

Il nostro programma nazionale per la prevenzione del suicidio si basa su una strategia sviluppata dal Centro per la Ricerca e la Prevenzione del Suicidio e delle Malattie Mentali in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha realizzato sei reti operative nazionali. Gli sforzi compiuti nel campo dell'educazione si rivolgono in particolare a psichiatri, psicoterapeuti, psicologi e operatori sociali, ma anche ai medici generici. Nelle scuole sono disponibili delle linee guida per la prevenzione del suicidio. È stata data molta enfasi all'educazione, in special modo a livello primario, e a rimuovere le barriere per il trattamento, favorendo un migliore accesso all'assistenza. A mo' di esempio potremmo citare un progetto realizzato dalla provincia del Gotland che ha avuto un esito positivo, ma bisogna continuare su questa strada.

Anche se lo scopo principale del programma è quello di essere interdisciplinare e di avere un approccio integrato, in questo caso alcune organizzazioni, come le Chiese svedesi, sono state coinvolte solo su base volontaria ed individuale. Sono state istituite delle linee telefoniche di aiuto destinate a gruppi differenti, come ad esempio bambini, studenti o adulti, ma molto ancora dev'essere fatto.

Note conclusive e prospettive per il futuro

Il suicidio è una questione che non riguarda solo il campo medi-

co, ma anche quello sociale, morale, economico e politico. È importante ricordare che almeno il 10% delle persone che compiono un suicidio non hanno ricevuto alcuna diagnosi psichiatrica conosciuta.

Note generali sulla prevenzione del suicidio nella società

Le persone non scelgono di essere depresse. Ci sono fattori biologici, biochimici, ambientali e sociali che possono portare alla depressione. La maggior parte delle persone che compiono un suicidio non vogliono morire, ma vogliono soltanto porre fine alla loro sofferenza.

Sono necessari un dibattito aperto ed un onesto scambio di opinioni. Dobbiamo affrontare le crisi di suicidio come crisi che riguardano il mondo della salute pubblica. Le politiche in questo senso devono fornire un'assicurazione, delle cu-

Le organizzazioni comunitarie, compresa la Chiesa, dovrebbero essere coinvolte nella prevenzione del suicidio con linee guida prestabilite. Ogni parrocchiano che manifesti idee suicide o che minacci di porre fine alla propria vita dovrebbe essere inviato subito da un medico o presso un servizio psichiatrico.

Aiutare le vittime a diventare dei sopravvissuti

Chi sono le vittime: colui che ha commesso il suicidio, quella che ha cercato di commetterlo ma che è sopravvissuta, o la famiglia e gli amici che lo circondano? Nessun sopravvissuto percorre la stessa strada verso il recupero. I sopravvissuti hanno diversi metodi di fronteggiare la cosa, ma devono essere incoraggiati ad andare avanti nel viaggio della vita. Lad-

famiglia, tristemente si disintegra dopo un suicidio, creando delle perdite secondarie. In questo caso, è necessario un servizio di consulenza e di supporto.

Gli sforzi perciò non si devono focalizzare soltanto sulle depressioni mediche, ma anche su altri fattori per la prevenzione del suicidio, giacché perfino quando è stato disponibile un trattamento efficace della depressione, esso non è riuscito ad avere un impatto significativo sulle percentuali di suicidio.

Dott. BENGT J. SÄFSTEN
Dipartimento di Medicina Interna
Ospedale Universitario
(Akademiska sjukhuset)
Uppsala, Svezia



re e dei servizi ospedalieri adeguati a tutti i pazienti. Devono essere incoraggiate iniziative nazionali ed internazionali (OMS) per prevenire il suicidio, così come la creazione di centri per la prevenzione, quelli di crisi e i centri telefonici di aiuto. Non soltanto i pazienti, i medici e gli operatori, ma anche le organizzazioni che operano al di fuori dal sistema sanitario devono essere coinvolte ed educate sulla depressione, il controllo della sofferenza, le cure palliative e la qualità di vita. Sono necessari dei programmi di educazione e di preparazione per affrontare la morte, i morenti e le cure palliative, aspetti importanti che meritano attenzione. In modo particolare, bisogna insegnare ai bambini come affrontare le difficoltà.

dove è possibile, anche continuando ad essere dei membri attivi della Chiesa cattolica o di altre confessioni religiose.

Quasi senza eccezione, un suicidio completo lascia le persone in un processo doloroso complesso. Dobbiamo arrivare alle vittime e alle loro famiglie e comunicare un sincero impegno per il loro benessere spirituale ed emotivo. Non c'è dubbio che coloro che sono vicini alla persona che si è uccisa possono trascorrere diversi anni nell'angoscia, a causa della mancanza di risposte a questioni che riguardano la morte e l'assunzione di colpevolezza. Senza emettere giudizi, dobbiamo mitigare il loro tremendo fardello dovuto al senso di colpa e di fallimento. Spesso quella stabile rete sociale che prima attorniava la

Bibliografia

MICHAEL MANNING S.J., *Euthanasia and Physician-Assisted suicide*. Paulist Press, New York/Mahaw, New Jersey, 1998 (ISBN 0-809-13804-2).

S.K. GOLDSMITH ET AL., *Reducing Suicide: A National Imperative*, The National Academies Press, Washington D.C., U.S.A., 2002 (ISBN 0-309-08321-4).

The Clinica Science of Suicide Prevention (Volume 932 of the Annals of the New York Academy of Sciences). Eds. Hendin & Mann (ISBN 1-57331-330-0).

Theme Issue: Depression, Ed. Glass. The Journal of the American Medical Association Vol. 289, No. 23, 2003.

Siti Internet

- http://www.who.int/mental_health/OMS, prevenzione del comportamento suicida
- <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/csr> Centre for Suicide Research, University of Oxford, Britain
- <http://www.siec.ca> Suicide & Education Centre, Canada
- <http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/strategy.asp> National Strategy for Suicide Prevention, U.S.A.
- <http://www.suzidprophylaxe.de> Deutsche Gesellschaft für Suicideprävention, Germany
- <http://www.ki.se/suicide/english/index.html> National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Sweden
- <http://www.survivorsofsuicide.com> Informazioni ai sopravvissuti
- <http://www.1000deaths.com/1000deaths.html> Informazioni ai sopravvissuti
- <http://www.survivingsuicide.com> Informazioni ai sopravvissuti
- <http://www.befrienders.org/suicide.html> Organizzazione internazionale di volontari che opera nel campo della prevenzione, rivolgendosi in particolare alle giovani generazioni.

ADOLFO PETIZIOL

6. Modello biologico e modello psicologico della depressione

“Entrate in un giardino di piante, d'erbe, di fiori, sia per quanto volete, ridente, sia nella più mite stagione dell'anno, voi non potete volgere lo sguardo in nessuna parte che voi non vi troviate del patimento, tutta quella famiglia di vegetali è in uno stato di sofferenza, regna la sofferenza.

Là quella rosa è offesa dal sole, che le ha dato la vita: là quel giglio è succhiato da un'ape nelle sue parti più sensibili, più vitali, qua un ramicello è rotto dal vento e dal suo proprio peso, il giardiniere va saggiamente tagliando membra sensibili di piante, con le unghie e con il ferro”.

In ciò che ad una visione superficiale appare come piena espressione di vitalità, nella moltitudine di colori, suoni e profumi presenti in un giardino, ad una più attenta osservazione il Leopardi (nello *Zibaldone* 1826) scorge, intrinsecamente legata, una condizione di sofferenza.

La vita evolutiva è infatti un insieme di relazioni, di coevoluzioni, di reti infinite di interazioni macro e microscopiche, di interazioni tra essere viventi, tra specie biologiche ed ecosistemi.

In questo contesto si inserisce la depressione che è un indebolimento del tono neuropsichico che coinvolge l'affettività e la porta psicosomatica dell'uomo.

Quando si parla di affettività, ci si riferisce a sentimenti emozione e umore.

I sentimenti sono cariche affettive che vengono vissute dall'io, e le loro polarità tipiche si muovono fra la sfera del piacere e quella del dolore. Volendo comprendere però le origini, le relazioni e il significato del vissuto affettivo, che accompagna la storia di ogni uomo, per

coglierne l'influenza nel determinare e condizionare umori, sentimenti ed emozioni, nei loro aspetti esistenziali più significativi, diviene interessante accennare ad alcune indicazioni in chiave evoluzionistica.

In tale ottica possiamo affermare che i legami affettivi sono il risultato evolutivo di ciò che si è disciunto filogeneticamente con la dissociazione della motricità dal primitivo istinto.

Il controllo della motricità, cioè dei comportamenti con l'evoluzione culturale di natura neocorticale, non è più istintuale, ma passa sotto il controllo della parte cosciente (l'io) nell'uomo.

I legami affettivi, in tale ottica, dissociatisi e differenziatisi dagli istinti nel corso dell'evoluzione, permeati dalla cultura e civilizzazione, mantengono un'influenza sull'evoluzione e sviluppo della cultura, conservando quei valori adattativi originali, garanti della continuità dell'originario equilibrio ecologico in evoluzione, tendente alla piena realizzazione dell'uomo in ogni cultura.

Le funzioni codificate geneticamente predispongono la realizzazione di una progressiva integrazione culturale e ambientale di tipo affettivo.

Si seleziona ed evolve, infatti, nel corso dell'evoluzione, un sistema biochimico, plastico alle diverse culture, che predispone l'uomo a condizioni di attaccamento di natura affettiva, a situazione e a persone.

Tale sistema biochimico risponde con sintesi di sostanze endogene (responsabili di situazioni di dipendenza e astinenza di natura affettiva) a tutte quelle variabili condizioni ambientali e culturali, indi-

spensabili per la sopravvivenza dell'individuo, e per la continuazione ed evoluzione della specie attraverso la conservazione del primitivo equilibrio ecologico.

L'uomo diviene, attraverso tali meccanismi, biologicamente predisposto a vivere i legami affettivi più significativi della sua esistenza.

Riprendendo il discorso sulla depressione, questa è una emozione e stato d'animo universale che appartiene al quotidiano della vita dell'individuo. Nella pratica clinica, sebbene rappresenti un elemento ben definibile da un punto di vista fenomenologico e psicopatologico, non sempre vi è una chiara e netta delineazione tra il rispettivo ambito fisiologico e patologico. Per tale motivo, elementi che rappresentano la modulazione affettiva ed emotiva della sinfonia della vita possono essere confusi con i sintomi di una rottura della sintonia ideo-affettiva patognomoni di un disturbo psichico. Inoltre lo stigma della definizione psichiatrica della depressione clinica contribuisce a rendere complesso e ambiguo l'ambito interpretativo dei sentimenti connessi e la corretta valutazione dei relativi interventi.

Dal momento che l'universalità di queste emozioni nel normale corso della vita in reazione ad eventi stressanti e vissuti di perdita si amplia fino a raggiungere vere e proprie situazioni cliniche che possono giungere ad un'osservazione medica, risulta assolutamente necessario possedere strumenti clinici e conoscenze approfondite sulla definizione e delimitazione dei problemi emotivo-affettivi della popolazione generale per effettuare scelte cliniche e terapeutiche adeguate.

La depressione clinica è una tristezza morbosa che può manifestarsi con diversi gradi di severità dal lieve disagio alla complessa distruzione dell'individuo. Negli ultimi decenni sono stati prodotti numerosi lavori scientifici che hanno migliorato la comprensione delle cause e della patogenesi della depressione. Sono implicati infatti una varietà di fattori psicologici, interpersonali e biologici, cui i clinici hanno associato un'altrettanto varia abbondanza di interventi terapeutici innovativi.

Ma il consueto vizio della psichiatria di separare le fonti di conoscenza piuttosto che integrarle porta tutt'oggi a considerare opposti i modelli interpretativi biologici e psicologici.

Secondo il primo modello, quello oggetto di studio delle neuroscienze, la depressione è un fenotipo complesso ed eterogeneo nella sua espressione biologica e nella sua eziologia. Studi genetici hanno contribuito a chiarire alcuni aspetti di questa eterogeneità, ma si è ben lontani dallo stabilire le relative fondamenta molecolari, sebbene un certo grado di variabilità genetica nei geni del sistema serotoninergico sembrano contribuire al rischio di manifestare la depressione o alcuni dei suoi aspetti clinici. Il rischio di un episodio depressivo maggiore aumenta in relazione al numero di geni condivisi con un familiare affetto ma, in termini genetici e dato il grado di rischio trovato, è rilevabile anche una certa sovrapposizione con i disturbi bipolari e la schizofrenia. Questi dati biologici portano a riflettere sul significato del rischio genetico rilevato nella famiglie e della relativa specificità. È probabile che gli studi di genetica debbano abbandonare la definizione categoriale di fenotipo e iniziare ad utilizzare le dimensioni psicopatologiche per delimitare sottogruppi presenti nelle psicosi funzionali.

Il progresso nel campo delle biotecnologie ha portato a rimettere in discussione la semplicistica ed erronea convinzione che un singolo sistema di neurotrasmissione possa essere alterato nella depressione e che sia possibile sono un determinato trattamento. La biologia molecolare e la genetica hanno suggerito altre possibili alterazioni

chimiche del cervello, oltre la semplice partecipazione del sistema di neuro-modulazione monoaminergico, che rappresenta l'ipotesi più classica.

Sebbene gli antidepressivi siano utilizzati in clinica da oltre 50 anni, nessun consenso è stato raggiunto sui precisi meccanismi d'azione molecolari.

I protocolli terapeutici del trattamento della depressione hanno subito negli ultimi due decenni una notevole evoluzione, con l'affermazione della farmacoterapia quale intervento metodologicamente più corretto sul piano clinico.

L'attuale disponibilità di un rilevante numero di molecole attive nella sintomatologia depressiva coesiste con un raffinamento della nosografia e della diagnostica dei disturbi dello spettro depressivo che vengono singolarmente attribuiti alla disfunzione prevalente di un sistema neurotrasmettitoriale.

Volendo identificare un comune denominatore nella grande varietà di principi attivi oggi a nostra disposizione, si potrebbe considerare che ciascuno di essi, indipendentemente dalla categoria di appartenenza, è in grado di aumentare la disponibilità cerebrale di amine biologiche: noradrenalina, serotonina e dopamina.

La prima differenziazione va fatta tra le molecole di vecchia e nuova generazione. L'azione recettoriale degli antidepressivi triciclici (TCA) e degli inibitori delle monoaminossidasi (IMAO) è risultata essere scarsamente selettiva. Negli ultimi decenni, grazie alle nuove metodiche di indagine (tecniche di binding, valutazione dell'attività dell'AMP ciclico) sono state evidenziate ad esempio per i TCA numerose interazioni recettoriali: recettori $\alpha 1$ e $\alpha 2$ adrenergici, $\beta 1$ adrenergici, 5HT₂ e 5HT_{1A} serotoninergici, recettori muscarinici, D₂ dopaminergici e H₁ e H₂ istaminergici.

Il meccanismo di blocco sui numerosi sistemi recettoriali, però, rende ragione dei frequenti effetti collaterali associati all'uso dei TCA antidepressivi triciclici.

Questa pluralità di azione farmacorecettoriale, pur essendo supportata in ambito clinico da numerosi successi terapeutici e pur garantendo effetti antidepressivi, di-

sinibenti o sedativi, a seconda della molecola utilizzata, troppo spesso costituisce anche il lato debole di tale approccio terapeutico.

Noradrenalina e serotonina sono certamente coinvolte nei meccanismi della depressione. Le evidenze scientifiche suggeriscono che gli antidepressivi a doppia azione, che incidono sui due sistemi monoaminergici, possono avere una grande efficacia ed una più breve latenza d'azione che i farmaci che agiscono su un singolo sistema monoaminergico.

Esistono inoltre evidenze a favore di una relazione tra depressione ed effetti terapeutici degli antidepressivi classici, fondati sull'intervento di diversi sistemi biologici. Ad esempio il sistema peptidico che coinvolge il CRH (ormone del rilascio del corticotropina), il cortisolo e lo stato funzionale dei relativi recettori; o i sistemi di trasmissione del segnale intracellulare con il cAMP sui fattori di trascrizione come il CREB e le neurotrofine; o ancora il sistema immunitario e le citosine; oppure la trasmissione glutamatergica; oppure il sistema neuropeptidico della sostanza P, gli steroidi neuroattivi e la nevroglia.

Ho sottolineato questi esempi tecnici per rilevare come l'aspetto biologico sia in correlazione con la sintomatologia e la terapia. Sono ipotesi biochimiche nuove e varie sulla depressione e la possibilità di percorrere nuove vie terapeutiche. Di fatto non è possibile affermare che si conoscano le esatte cause o i precisi processi che determinano la depressione o che portano ai miglioramenti attualmente attribuibili alle terapie farmacologiche disponibili. D'altronde, ci si attende dalle biotecnologie un grande aiuto nel miglioramento della comprensione delle relazioni tra il sistema nervoso, il sistema endocrino e quello immunitario, con le relative cascate intracellulari e gli esiti finali dell'espressione genetica e delle funzioni proteiche nella depressione. Questo permetterà farmaci più efficaci, più selettivi e rapidi nell'azione, ed in futuro con l'aiuto della psicogenomica, anche a rendere possibile la preparazione su misura di medicine diverse per i diversi pazienti.

I genetisti hanno infatti predetto

che l'avanzamento della loro disciplina rivoluzionerà la comprensione delle malattie umane e dei comportamenti morbosi e terapeutici.

La farmacogenomica è ad esempio uno strumento potente utilizzabile per identificare geni correlati agli antidepressivi o correlati ad altre manipolazioni terapeutiche efficaci.

Sono stati identificati preventivamente centinaia di frammenti di cDNA come geni correlati agli antidepressivi (ADRGs). Alcuni di questi "geni candidati" possono codificare molecole funzionali comuni indotte dal trattamento in cronico con antidepressivi. Defini-

cenni, così appartengono alla letteratura classica psicomica il modello della "oralità" e dell'aggressività introiettata di Abraham, o quello della perdita oggettiva di Freud, o ancora quello della posizione depressiva della Klein. Sempre alla storia appartiene la triade cognitiva di Beck o la teoria dell'attaccamento di Bowlby, anche se queste ultime interpretazioni hanno permesso di gettare un ponte tra la riva psicologica e quella biologica attraverso la biologia evoluzionistica, come abbiamo accennato all'inizio della trattazione.

Secondo questo approccio gli esseri umani ad ogni stadio del loro sviluppo rappresentano dei

quella descrittivo-naturalistica (di "predisposto a"). In effetti, l'individuo risulta vulnerabile in quanto sottoposto alle variabili biologiche e psicosociali in interazione con i fattori personologici, che siano essi biologicamente predisposti e modificati dall'impatto dell'ambiente sull'espressività genetica.

In accordo con questa ipotesi, la depressione è un'emozione umana che può rappresentare una risposta positiva di sopravvivenza e, per tale motivo, non sempre patologica. Di fatto la depressione determinerebbe una ridotta disponibilità relativa o assoluta di energia vitale, in un dato momento nel quale la quantità di richieste ambientali diventa esagerata rispetto alla capacità dell'individuo. La percezione di riduzione dell'energia porta, fisiologicamente, ad un riadattamento delle aspettative nei confronti dell'ambiente, con conseguente riduzione della pressione relativa proveniente dall'ambiente.

La variabilità dei diversi fattori implicati nella genesi della depressione clinica può quindi pesare in termini di maggiore vulnerabilità (fattore bio-psicologico in reciproca interazione) e le richieste ambientali (fattore psico-sociale in reciproca interazione). È in questa ottica di interazione che prende valore anche l'origine sociale della depressione, nata come ipotesi univoca nei primi anni '70. Questa ipotesi enfatizza l'importanza di tener conto del contesto e del significato di fattori causali tanto prossimali, quanto fattori risalenti all'intera storia di vita. L'elemento storico individuale e sociale apporta elementi di conoscenza nella prospettiva comparativa ed evolutiva, enfatizzando una natura umana individuale biologica e psicologica, ed una natura umana comune di tipo sociale che introduce la completa varietà dei setting culturali. Questa è una seria prospettiva bio-psico-sociale.

In particolare l'ottica della psichiatria sociale si propone quindi, ancora oggi, di cogliere la dinamica del campo globale all'interno del quale un dato fenomeno psicopatologico nasce ed assume rilievo con tutte le sue determinanti biologiche e/o psicologiche. L'impatto individuale di una patologia mentale si può misurare sulla base del-



re i ruoli delle diverse molecole nella plasticità neurale indotta dal farmaco è vicino a trasformare il corso della ricerca sulle basi biologiche degli antidepressivi. Tali dettagliate conoscenze avranno effetti profondi sulla diagnosi, la prevenzione ed il trattamento della depressione. Ci si può aspettare che i nuovi approcci biologici oltre "l'ipotesi monoaminergica" possano spostare in futuro i paradigmi della ricerca sugli antidepressivi.

Gli accenni futuribili e tecnologici delle valutazioni dei modelli biologici si contrappongono all'umanesimo dei modelli psicologici, un umanismo che sconfina a tratti nella pura filosofia. E come appartengono alla storia della psichiatria molte delle interpretazioni biologiche e biochimiche degli ultimi de-

"compromessi" nel loro continuo adattamento ai cambiamenti dell'ambiente. Utilizzando una prospettiva neo-darwiniana, la psichiatria evoluzionistica suggerisce che mentre la selezione naturale non delinea la malattia per sé, essa delinea i tratti umani e quindi la vulnerabilità alla malattia.

Il concetto di "vulnerabilità" è senza dubbio uno degli organizzatori forti delle attuali conoscenze psicologiche e psichiatriche, sia in virtù della visione sintetica che propone al riguardo della multifattorialità della genesi del disagio psichico e della malattia mentale, sia per la sua accentuata inclinazione clinica e pragmatica. In questo senso, il concetto di vulnerabilità va inteso nell'accezione euristica del termine piuttosto che in

la scelta di sintomi-sentinella che condizionino in misura maggiore o minore il funzionamento psichico dell'individuo. Ma misurare un fenomeno umano, comportamentale, emozionale, cognitivo, senza tener conto della determinante collettiva, equivale a rendere astratto un elemento concreto della difficoltà di vivere del malato. Significherebbe giustificare il ritiro del depresso dall'ambito dell'interazione sociale in nome dell'ottenimento del minimo danno individuale possibile.

Inoltre l'impatto collettivo di un corretto approccio psicosociale di tutela della salute mentale, pur non essendo misurabile, è tale, ove si verifichi, da rendere indiscutibile la valutazione dell'esito.

In questo senso, è fondamentale svolgere il ruolo di promozione di un'ottica complementare nelle discipline psichiatriche attraverso un'attenzione focalizzata al mondo delle attitudini, dei valori, delle

convinzioni che soggiacciono all'essere dell'individuo nel proprio mondo di relazione con l'ambiente. Un approccio umanistico e dinamico ai fenomeni misurabili, applicato all'oggetto di studio "uomo" nella sua globalità.

Questo non significa volersi sottrarre al giudizio di efficacia dei propri interventi, tutt'altro. Lo sviluppo dell'integrazione tra cultura, società, salute mentale, disagio mentale e malattia deve essere svolto (dalla psichiatria sociale) in campo clinico al fine di produrre una sintesi tra cultura e psicobiologia, con la promozione di un vero approccio ecologico all'uomo ed alla sua salute.

E proprio in campo clinico, l'attenzione al sociale deve affiancarsi alla psichiatria biologica nella valutazione delle dinamiche di vissuto collettivo tanto delle manifestazioni biologiche della malattia mentale, che degli stessi trattamenti. Non è sufficiente limitarci a

considerare il puro meccanismo biochimico di un farmaco e la sua azione sintomatica, misurandone anche gli effetti, tralasciando l'impatto sull'individuo del giudizio collettivo, dell'essere affetti da un disturbo mentale o dall'assunzione di un psicofarmaco.

Una fondamentale vittoria sul piano della considerazione globale del vissuto del malato è l'introduzione, in quasi tutti i lavori clinici sperimentali degli ultimi tempi, di parametri di valutazione della qualità della vita. Elemento certamente soggettivo, ma nell'era della necessità di oggettivare tutto, dare una misura della soddisfazione di vita dell'individuo e farne un indicatore di esito, sembra comunque una grande conquista. Sempre in attesa delle conquiste del futuro delle neuroscienze.

Prof. ADOLFO PETIZIOL
*Presidente Società Europea
di Psichiatria Sociale*



DONNA J. MARKHAM

7. Stress, esaurimento. La missione e i mass media

Introduzione

È venerdì, nel tardo pomeriggio. Sono nel mio ufficio dell'Istituto Southdown nell'Ontario, Canada. In precedenza, durante il giorno, un medico è venuto a trovarmi a causa di un crescente senso di disperazione dovuto alla diffusione degli scandali nella Chiesa. Un meraviglioso laico consacrato ha detto: "Mi domando se queste mura sono abbastanza grandi da contenere tutte le lacrime". Nello stesso giorno, un sacerdote aveva tentato di asfissiarci, fortunatamente senza riuscirci. Una paziente borderline aveva trovato il modo di tagliarsi le vene. Una continua processione di superiori religiosi e vescovi, stressati e profondamente rattristati, era entrata e uscita dal mio ufficio.

Proprio mentre aspetto che la giornata finisca, il telefono squilla: è un reporter del National Post che chiede un'intervista.

Un giorno tipico nella vita di un amministratore sanitario. Ci si sorprende se ho cominciato ad avere qualche difficoltà nell'addormentarmi, di notte?

La mia situazione non è dissimile da quella di molte persone che hanno una posizione di leadership e che devono fronteggiare una richiesta pressante di tempo ed emozioni. E, come se le normali richieste legate alla posizione di leadership non fossero sufficienti, si aggiunge il quadro della realtà di vita di un ambiente globale in cui ci sentiamo molto meno sicuri di dieci anni fa. Siamo tutti consapevoli della nostra fragilità e vulnerabilità in quanto esseri umani. Il terrorismo, la guerra e una serie di catastrofi ambientali esercitano un silenzioso logorio su di noi. Inoltre, si aggiunge l'essere scossi da una crisi di credibilità della

Chiesa dovuta alla condotta deviante di pochi. Siamo tutti al limite, lottiamo con un crescente stress che rende difficile, perfino per i più forti di noi, mantenere il senso dell'equilibrio.

Questo semplicemente per dire che non dovrebbe sembrare per noi irrealistico o aberrante sentirci sulla difensiva, ansiosi, forse irritati, quando un "estraneo" improvvisamente viene nel nostro mondo caotico e cerca di fare un servizio giornalistico. In questi momenti, ci sentiamo completamente vulnerabili, sfruttati, presi alla sprovvista. In un tale stato diventa difficile considerare i professionisti dei mass media come colleghi e come un mezzo per tentare di presentare un aspetto veritiero al pubblico.

Chiaramente, in ogni settore ci sono persone che provocano un danno ai loro colleghi a causa della poca aderenza ai principi etici della propria professione. Questo è tristemente vero nel nostro ministero di sacerdoti e religiosi ed è vero in professioni come il giornalismo. Controllare tutti coloro che deliberatamente scelgono di voler sbalordire, sfruttare o distorcere la verità è un fatto che va oltre la nostra capacità. Allo stesso tempo, è pericoloso etichettare un'intera professione basandosi sul comportamento non scrupoloso di una minoranza. Per esempio, dire che tutto il personale dei mass media è determinato a sfruttare le situazioni è analogo al dire che tutto il clero è sessualmente deviato. Entrambe le asserzioni sono pericolose: entrambe sono basate sulla distorsione e sull'ignoranza.

In questa sede mi concentro su ciò che noi possiamo fare tramite una preparazione interiore per trattare lo stress, specialmente per ciò che riguarda l'impegno dei

mass media nelle situazioni molto delicate – qualunque esse siano – che influenzano profondamente le nostre vite di leader cattolici. Prima di tutto, farò alcune considerazioni riguardo alla gestione dello stress, in generale. Poi mi concentrerò sui due componenti che io credo possano aiutarci per diminuire i nostri livelli di stress quando abbiamo a che fare con i mass media: primo, un sostanziale "lavoro interiore" personale basato sulla comunità e sulla preghiera; secondo, lo sviluppo di una efficace strategia di comunicazione che ripristini in qualche modo il nostro controllo nelle situazioni cariche di tensione. Capisco che questo sia un tema davvero ampio da svolgere in così poco spazio ma conto sulla vostra comprensione.

Stress, esaurimento e rendimento efficace sul posto di lavoro

Lo stress è una risposta psicologica alla persistente, dolorosa sensazione di elevato pericolo, o al timore di essere ferito. Il termine eufemistico "esaurimento" è spesso usato per descrivere ciò che accade a chi ha subito una prolungata esposizione ad una situazione molto stressante, e che sperimenta una combinazione di risposte emozionali e fisiche.

Tra i moltissimi sintomi sono inclusi: ansia, depressione, irritabilità, rabbia, una diminuita stima di sé, senso di autocritica, difficoltà nella concentrazione, problemi nel prendere decisioni e leggere difficoltà nel formulare giudizi. Alcuni ricercatori si sono chiesti se una maggiore propensione a farsi carico dei bisogni dell'altro esponga coloro che si prendono cura del prossimo a un maggior ri-

schio di depressione. In altre parole, potremmo essere più soggetti allo stress a causa dei nostri ruoli nel ministero e nelle professioni sanitarie? Questa ipotesi però non è confermata (Bersoff e Glass, 1982; Thomas e Keznioff, 1984)¹: l'interesse per gli altri non è necessariamente un fattore che favorisce la depressione.

Storicamente, gruppi di ricerca sullo stress hanno identificato alcuni fattori che sembravano aiutare le persone a combattere, contenere e sconfiggere lo stress nel posto di lavoro.

Si crede generalmente che se le persone hanno un sufficiente grado di autonomia, percepito nel controllo di alcuni aspetti del loro ambiente, se hanno sviluppato efficaci strategie di negoziazione e se hanno possibilità di crescita professionale e una buona comunicazione di gruppo, lo stress dovrebbe essere ridotto e la produttività dovrebbe aumentare. La recente ricerca, inoltre, ha identificato ulteriori fattori che accrescono la capacità della persona di resistere agli effetti nocivi dello stress e di mantenere l'equilibrio emotivo e fisico nell'affrontare eventi disturbanti: salute fisica, autostima, sostegno sociale e un senso di controllo sulla propria vita².

È interessante lo studio longitudinale condotto da Cary Cherniss e pubblicato nel libro *Beyond Burnout*³, in cui gli assistenti sanitari sono stati osservati per un periodo di dieci anni. La ricerca di Cherniss è giunta a curiose scoperte, che hanno suggerito che questi elementi non sono sufficienti a prevenire lo stress e l'esaurimento e che ci sono notevoli eccezioni alle precedenti ipotesi. Perfino dopo, le persone avevano acquisito un senso di autonomia, di comunanza, di sicurezza ed erano impegnate in lavori in cui esse rivelavano la loro abilità. Molti di loro si erano ricavati in confortevoli nicchie, non impegnandosi in progetti creativi ma piuttosto scegliendo di nascondersi dietro una routine familiare. Questo fatto certamente non favoriva gli obiettivi delle rispettive organizzazioni: come impiegati manifestavano poco entusiasmo o passione per il lavoro che essi stavano svolgendo.

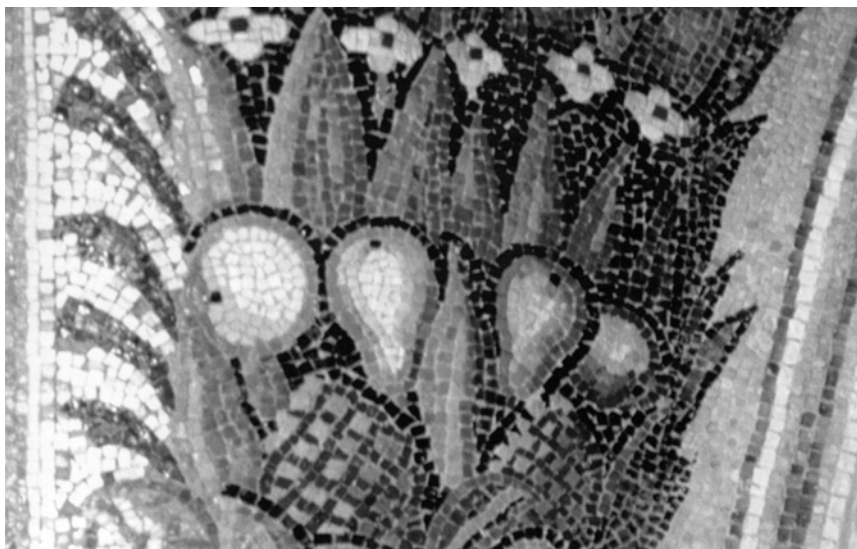
Molti, invece, erano completamente soddisfatti di sé ma si erano, malgrado tutte le previsioni, lasciati andare a manifestazioni di stress, noia ed esaurimento.

Cosa rivelarono queste scoperte? Se vi erano tutti i requisiti per compensare gli avvenimenti stressanti, perché questi lavoratori si sentivano esauriti? Cherniss ha scoperto che l'elemento chiave mancante nell'esperienza di questi individui era la percezione di uno scopo morale nel lavoro.

Inoltre, nello stesso studio, si è riscontrato che un sotto-gruppo della popolazione non era vittima dello stress. Essi rappresentavano un'eccezione statisticamente significativa. Gli individui di questo sotto-gruppo lavoravano in ambienti in cui erano presenti tutte le condizioni tipicamente associate con lo sviluppo di un livello estremamente alto di stress. Spesso lavoravano sette giorni alla settimana, anno dopo anno, avevano poca

dagli sforzi fatti per assicurare un salutare ambiente di lavoro. Rivolgendo un'istanza al nostro ministero, perciò, sembrerebbe che un antidoto significativo all'effetto nocivo dello stress sia la nostra manifesta consapevolezza della nostra partecipazione all'opera di guarigione di Gesù.

Per rimanere agenti attivi nel vivere il Vangelo, tutti noi che serviamo nelle istituzioni cattoliche dobbiamo continuamente valutare se il nostro modo di rivolgerci alla missione sia adeguato, rispondente alle necessità critiche dei nostri tempi. Le persone che sono diventate sicure e soddisfatte, passive e tranquille, o paralizzate dall'ansietà sono incapaci di fare gli adattamenti radicali richiesti in un ambiente di continui cambiamenti globali. Esse compromettono la vita futura delle loro istituzioni, il benessere di coloro che assistono, e infine danneggiano anche se stessi.



autonomia ed eseguivano dei compiti molto umili e di routine (il sotto-gruppo comprendeva un gruppo di donne religiose).

Quali elementi differenziavano questo gruppo dagli altri? Lo stress era mitigato da un senso irresistibile di "scopo morale". Potremo chiamarlo un forte senso della missione. Se le persone sentivano di far parte di un sistema destinato a offrire un servizio, esse erano lontane dal rischio di diventare vittime di esaurimento e stress debilitante, indipendentemente

Chi amministra i servizi di assistenza sanitaria e chi opera a contatto col pubblico va chiaramente incontro ad un rischio più elevato di stress debilitante, che conduce ad una diminuzione del rendimento e alla frustrazione. Il rischio si intensifica quando è scarsa la percezione di appartenere ad una comunità di colleghi che condividono la missione, che hanno un forte senso dello scopo morale. Il senso di missione collegiale, un collegamento tra la spiritualità e il lavoro quotidiano, e un appassionato im-

pegno al ministero della guarigione di Gesù aiutano a mitigare gli effetti nocivi dello stress. Vorrei condividere con voi un esempio di come un nostro gruppo riuscì a sottrarsi alla depressione condivisa, all'esaurimento e all'eccesso di stress e ansia.

Un giorno, al culmine della crisi legata agli abusi sessuali, un gruppo di colleghi ed io stavamo discutendo su come fare per non essere adirati, sdegnati, duri o sulla difensiva quando dovevamo affrontare una miriade di reporter e giornalisti ansiosi di scrivere i loro articoli. Ancora più seriamente iniziammo a discutere su cosa fare per non interiorizzare l'angoscia e l'ansia che ci circondava. Uno psicologo osservò che forse i nostri 110 dipendenti avrebbero dovuto prendersi un giorno di vacanza e pregare insieme. Dopo esserci accordati con gli altri membri del personale, una volta ottenuta la copertura della sostituzione, abbiamo trascorso un giorno in preghiera per i nostri pazienti, per la Chiesa, per noi. Riconoscemmo il tributo che doveva essere pagato da ciascuno di noi; riuscimmo a dare un nome ai nostri sentimenti; capimmo di che cosa avevamo bisogno per poterci sentire di nuovo incoraggiati. Collettivamente rifiutavamo di dover diventare soltanto parte di un sistema di distribuzione di cure sanitarie. Stavamo diventando una comunità di operatori sanitari sempre più profondamente impegnati in una missione di guarigione. Nessuno di noi era solo.

Appena sentivo il sostegno dei miei colleghi e trovando il tempo per la preghiera personale o per pregare con loro, sentivo che il mio livello di stress diminuiva significativamente quando i reporter apparivano sulla porta. Sentivo che facevo parte di una comunità di uomini e di donne appassionati nel loro impegno di aiutare gli altri a sperimentare il potere di guarigione di Dio. La mia ansia diminuì; il mio pensiero divenne più chiaro; il mio senso di autocontrollo aumentò. Non avevo più la sensazione che il peso degli eventi gravasse solamente su di me, né io avevo più paura di fare errori. Noi eravamo uniti e il nostro era un lavoro sacro.

Quando noi non ci sentiamo sostenuti o abbiamo perduto di vista il significato di ciò che stiamo facendo, siamo in un pericolo maggiore di cadere in schemi di mancanza della sicurezza psichica. Quando questo accade, non partecipiamo alla missione nella misura alla quale una volta aspiravamo. Come i soggetti della ricerca, è probabile che ci ritroviamo ad essere troppo irritabili, stressati, sulla difensiva e ansiosi. In questo stato, i mass media diventano solo un qualcosa di irritante in una giornata già troppo difficile.

Condivido questo incidente con voi, non perché sia stata io ad aver preso l'iniziativa di soccorrere il gruppo degli assistenti sanitari – fu un collega il cui senso intuitivo di precarietà della nostra persona collegiale ci ha voluto proteggere. Lo condivido con voi perché, in qualche modo provvidenziale, il mio collega ci guidò verso una azione da intraprendere, che ci liberò e che, con mia grande gratitudine, mi rese capace di rispondere con più libertà e coraggio a un complesso di circostanze straordinariamente difficili.

In quel periodo non conoscevo la ricerca di Cherniss, ma di fatto ne constatammo i risultati. La preghiera comunitaria, personale e collettiva, ci fece riflettere sul significato e sul carattere sacro del lavoro nel quale siamo impegnati – questo è il lavoro interiore preparatorio di cui abbiamo bisogno per immunizzarci dai deleteri effetti dello stress. Come Victor Frankl scrisse molto eloquentemente, “La sofferenza cessa di farci soffrire, in qualche modo, nel momento in cui si trova un significato, come il significato del sacrificio”⁴.

Lavorare con i mass media

Un altro elemento che ci può aiutare a non rispondere stando sulla difensiva o a non sentire un senso di vittimismo è un appropriato addestramento nel trattare con i mass media. Questo fa parte del recupero del senso di autocontrollo e di fiducia. Ci permette di usufruire di alcuni degli elementi identificati dai ricercatori come di benefici nel diminuire l'ansia. In-

sieme al necessario lavoro interiore di riflessione collegiale, credo che possiamo aiutarci nel rielaborare le crisi che si sono evidenziate con il coinvolgimento dei mass media.

È comprensibile che siamo intimiditi quando affrontiamo i reporter. Potremmo aver paura di commettere un errore irreparabile che diventerebbe immediatamente pubblico; potremmo sentirci sulla difensiva o incompetenti, o fuori controllo, sentendoci inadeguati nelle nostre risposte, il che non è normalmente nel nostro stile. In breve, la situazione serve a mettere in evidenza la nostra vulnerabilità, generando livelli di stress che si rivelerebbero distruttivi se non avessimo fatto il nostro lavoro interiore sulla persona e se non avessimo anticipato la situazione potenziale di stress.

Un collega dei mass media⁵ ci ha incoraggiato a prepararci per imparare a trattare con i reporter e i giornalisti. Egli suggerisce che noi sviluppiamo preventivamente un piano di gestione della crisi (ad esempio, qualcosa che accadendo attirerebbe l'attenzione dei mass media). Un tale piano dovrebbe essere chiaro nel prevedere chi tratterà la situazione pubblicamente. Dovrebbe includere uno sviluppo delle relazioni con i mass media e le procedure e le linee di condotta per le comunicazioni di crisi. Certamente molti gruppi hanno una tale linea di condotta, ma l'ansia ancora abbonda. La programmazione senza l'addestramento non è sufficiente. L'addestramento e la pratica sono dei forti antidoti all'ansia e devono essere inclusi in ogni progetto di gestione dei mass media. Partecipare ai seminari destinati ad assistere i leader nella gestione dei mass media; identificare e praticare tecniche di distribuzione; imparare le comuni trappole in cui si può cadere: tutto questo aiuta i leader ad avere più controllo delle situazioni, a non essere vittime dell'ansia, a ridurre il rischio di restare intrappolati nella palude di una debilitante ansia.

Quando abbiamo la padronanza nell'abilità di far sì che i reporter facciano le domande che vogliamo; quando ci sentiamo a nostro agio nell'evitare i trabocchetti co-

muni dell'opinione personale, spontaneamente, o pronosticando il futuro; quando abbiamo evitato che ci venga rivolto un argomento in cui non siamo esperti, per dirne alcuni, siamo sulla via giusta per riguadagnare un senso del controllo personale e l'autorità in relazione ai mass media.

Per riassumere, Frank Emmerson, un consulente che addestra i leader a lavorare con i reporter e i giornalisti, suggerisce sei punti di strategia della comunicazione di crisi che dovrebbero essere sviluppati da ogni leader che deve fronteggiare un impegno con i mass media:

- *programmare*: sviluppare le relazioni con i mass media, le procedure e le tattiche delle comunicazioni delle crisi;

- *addestrare*: assicurarsi che tutto il personale sia consapevole di queste procedure e di questi ruoli;

- *preparare*: predisporre pubblicazioni trafiletti di comunicazione delle crisi;

- *anticipare*: monitor che fa apparire le pubblicazioni “calde”;

- *rispondere*: occuparsi immediatamente della stampa;

- *valutare*: riesaminare l'adeguatezza e l'efficacia delle procedure e delle linee di condotta e se necessario revisionarle.

Quando una tale strategia è in azione, noi ci sentiamo meno incompetenti, meno fuori controllo, e meno terrorizzati quando dobbiamo affrontare un evento potenziale con i mass media.

Ritengo opportuno ripetere, tuttavia, che la sola strategia non è sufficiente. Dobbiamo applicarci ad un lavoro interiore di riflessione collettiva che ci faccia avere la visione chiara e ferma del nostro impegno nella missione di guarigione di Gesù. Come ha detto il mio collega così acutamente: “Le mura di questo luogo non sono ampie abbastanza per contenere le lacrime”. Ma quando abbiamo il sostegno e la preghiera di ognuno di noi, qualunque crisi ci

capiti, la comunione dei cuori umani nella compassione di Dio ci può sostenere più di quello che immaginiamo.

Suor DONNA J. MARKHAM, OP
Assistente Speciale del Presidente
Direttore della Direzione delle Iniziative
Georgetown University,
Washington, U.S.A.

Note

¹ In WILSON J., RAPHAEL B. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, Plenum Press, 1993.

² HOWARTH I., DUSSUYER I. Helping people cope with the long-term effects of stress. In: Fisher S., Reason J. (eds). *Handbook of life stress, cognition and health*. New York, Wiley, 1988.

³ CHERNISS C. *Beyond Burnout: Helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York, Routledge, 1995.

⁴ FRANKL V.E. *Man's search for meaning*. New York, Mass Market Paperback, 1997.

⁵ FRANK EMMERSON, autore di *Though Questions under Fire: Media Interview Skills for Leaders*. Emmerson Communications, 2002. Frank ci preparò a lavorare con i mass media quando dovemmo fronteggiare la crisi nel clero.



AQUILINO POLAINO-LORENTE

8. La depressione dipende unicamente dall'intervento medico?

Introduzione

La scienza non è la realtà e benché aiuti a conoscere la realtà, contribuisce anche in altre circostanze a mascherarla e perfino ne altera la natura. La scienza contemporanea si serve di “modelli”, di analogie prefabbricate della realtà in modo che, sostituendo i fenomeni e gli avvenimenti con i suoi analoghi, siano più facilmente osservabili, quantificabili e manipolabili della realtà.

La scienza affronta la realtà da un punto di vista, da una prospettiva che per forza deve essere limitata e riduttiva, ciò che impone la necessaria rinuncia alle restanti dimensioni che, per definizione o disegno, furono escluse da quell'accostamento.

Da qui Frankl conclude ciò che segue: “La scienza è un annullamento obbligato della struttura omnidimensionale della realtà: la scienza deve mascherare ed escludere, deve fingere e fare «come se»...”. Precisamente per questo, non si deve prendere la parte (scoperta dalla scienza) per il tutto (la realtà alla quale appartiene la parte che è stata studiata).

La natura offre una certa resistenza ad essere conosciuta da parte dell'uomo. La malattia della depressione è un fenomeno fondamentalmente naturale, benché aperto alla cultura, che senza alcun dubbio influenza anche questa peculiarità.

Come molte altre malattie, in essa incidono anche un vasto insieme di fattori psicologici che modellano il suo corso clinico e le manifestazioni psicologiche, a quelle che anche modulano nella sua intensità espressiva, frequenza e durata.

Malgrado questa resistenza a farsi conoscere, si è progredito molto negli ultimi decenni nella conoscenza e nel trattamento delle depressioni, grazie principalmente

al progresso e agli apporti definitivamente innovativi degli psicofarmaci antidepressivi e di certe psicoterapie.

Ma senza alcun dubbio, ancora oggi siamo molto lontani dal disporre di terapie che siano efficaci nel cento per cento dei casi. Sia per la complessità di questi disturbi o per questa ignoranza residua che attualmente si trova nello stato delle nostre cognizioni, il fatto è che dobbiamo riconoscere, in alcune occasioni, un certo insuccesso terapeutico davanti a un numero molto ristretto di pazienti affetti da depressione che i responsabili situano tra il 15% e il 20%.

Sorge così il concetto di depressioni resistenti, cioè di depressioni che non rispondono, che sono refrattarie alle diverse strategie farmacologiche e/o psicoterapiche che attualmente si usano nel loro trattamento.

Il fenomeno della depressione sembra che si comporti, a volte, come un fatto ostinato, che nasconda la sua verità non solo allo sguardo dei curiosi ed estranei, ma anche a quello di specialisti in psichiatria molto esperti.

In questi casi occorre impiegare una strategia diversa: l'approccio al fenomeno depressivo dalla *studiositas*, cioè dallo studio e dalla ricerca. Solo quando il medico si dedica interamente e generosamente allo studio della malattia è possibile che il fatto morboso – fino ad allora resistente – sveli la sua intimità e consegni la sua verità.

Forse per questo, il trattamento della depressione sarà efficace – sarà un vero trattamento – solamente se gli esperti si dedicheranno al suo studio senza risparmiarsi alcuno sforzo e affrontandolo da una *prospettiva nuova e molto più aperta*, non esente da una forte passione.

La scienza procede sempre per approssimazioni successive, andando da ciò che è semplice a ciò che è complesso. La scienza non si presenta con un sapere completo, concluso ed ermetico che non può essere ottimizzato.

La scienza ci presenta le verità – verità sempre circostanziate e temporanee – che ha ottenuto estraendole dalla realtà, attraverso questo processo cumulativo nel quale essa stessa è costituita. Da qui si può affermare che non vi è attualmente alcun problema scientifico che sia esaurito, che i fattori che veramente lo causano siano del tutto conosciuti.

Piuttosto è l'uomo – e specialmente lo scienziato – che si stanca nello studio di questi fattori, senza che mai arrivi a identificare l'ultima ragione esplicativa. In questo orizzonte, si deve riconoscere che *la scienza ci offre quasi sempre penultime spiegazioni*, perché quasi sempre il fenomeno studiato – e la depressione costituisce un buon esempio di questo – è anche aperto a un'altra, vicino o lontano, che lo trascende e che, allo stesso tempo in cui ci fa progredire, ci offre una spiegazione piuttosto circostanziata e ridotta ma mai completamente definitiva.

Il medico psichiatra è colui che deve trattare con il paziente depressivo che non risponde ai farmaci e neppure alla psicoterapia. Nel suo lavoro terapeutico, lo specialista molte volte procede attraverso la *prova-errore-correzione dell'errore*, quando prescrive questo o quel farmaco antidepressivo o certe associazioni di antidepressivi e lo stesso cerca di fare riguardo alle strategie psicoterapiche che impiega.

Questo modo di procedere sarebbe più fecondo se fosse fondato meglio, cioè se il medico fosse più

informato e più vicino riguardo a ciò che le scienze basilari ci apportano. In qualsiasi caso, non si può dire che tale pratica sia riprovevole poiché, come affermò Aristotele, “per saper ciò che dobbiamo fare, dobbiamo fare ciò che vorremo sapere”.

Ne deriva che, sempre che si rispettino i limiti etici e si soddisfi “la volontà di curare” attraverso i programmi standard oggi disponibili, per il trattamento della depressione un tale modo di procedere nel prendere le decisioni terapeutiche ha anche una relativa validità scientifica.

La psichiatria attuale è immersa – non è possibile altra scelta – nella *società della conoscenza*, una società organizzata non solo per sapere di più ma anche per scambiare meglio le conoscenze di cui disponiamo.

Il potenziale terapeutico degli attuali trattamenti psichiatrici non è un semplice sapere derivato dalle conoscenze già acquisite. Le strategie terapeutiche che dobbiamo usare non dovrebbero essere illuminate dall’aureola dalla semplice pratica clinica.

È necessario ricorrere a processi innovativi che raggiungano il fondamento di altri procedimenti alternativi i quali, benché attualmente nascosti, in qualsiasi momento ci possono essere svelati e divenire o elevarsi a forma di nuove conoscenze emergenti, che facciano centro nelle questioni come le depressioni che tanto attanagliano con il loro dolore lacerante l’uomo malato.

Ma al di là di questo modo prudentiale di dedicarsi al paziente nell’ambito della pratica clinica, lo specialista intuisce, percepisce e sa che il proprio paziente non solo deve collaborare con il medico ma deve impegnarsi personalmente per recuperare la mancanza della salute psichica di cui soffre.

Noi specialisti ci sentiamo interpellati nel momento presente dalle sofferenze dei malati depressi. Ma siamo coscienti che se il malato e l’ambiente sociale non collaborano, il problema non sarà risolto o tarderà molto a risolversi.

Per questo si deve insistere anche con il paziente che “la malattia sopraggiunta senza te, non si curerà senza te”. Qualcosa di simile

deve essere fatto con i suoi familiari e con il suo ambiente sociale, benché in questo contesto l’azione dello specialista sia molto più limitata per la semplice ragione che la sua funzione non sempre coincide con quella di un terapeuta familiare e molto meno con quella di un assistente sociale.

In definitiva si tratta di alleviare il dolore dei pazienti depressi e dei loro familiari, in modo che una volta superata la loro malattia si possano integrare nella società, sviluppare le loro potenzialità a favore degli altri e raggiungere la loro meta.

Da che cosa dipende la depressione, nella sua origine, evoluzione e completo recupero? Solo dall’intervento del medico? Solo dalla volontà di curarsi del paziente? Da entrambi? Non ci saranno talvolta molti altri fattori che la condizionano nella sua origine e manifestazioni, che in qualche modo dipendono dal medico e dal paziente? Non succederà qualcosa di simile riguardo ad altri numerosi fattori dai quali in ultima istanza dipende la sua cura?

Si direbbe che la cura della depressione non dipenda unicamente dall’intervento del medico. La depressione non si cura con il solo intervento medico, ma neppure in assenza di questo rigoroso intervento. È necessario mettere insieme le due volontà, quella del paziente e quella del medico, come se si trattasse di una sola volontà molto più forte e con una meta comune: il completo superamento di questa malattia lacerante o, quando questo non sia possibile, il conseguimento del sollievo e del parziale recupero del paziente.

Nelle linee che seguono si cercherà di passare in rassegna i fattori che, sfuggendo all’azione del medico, possono impressionare le persone a favore o contro la malattia della depressione.

Fattori biologici che condizionano le depressioni

Attualmente vi è accordo unanime tra i ricercatori della comunità scientifica sul fatto che vi siano numerosi fattori biologici che, probabilmente, si incontrano nei diversi tipi di depressione diagnosticati.

È molto probabile che in un prossimo futuro questi fattori si possano determinare con maggior rigore e precisione, in modo che una volta identificati possano servire come efficaci *predictores* affinché i psicofarmaci siano specificamente prescritti in ciascun tipo di depressione e perché si ottenga nei malati una rapida risposta terapeutica.

Senza dubbio alcuno, i fattori biologici costituiscono, tout court, l’elemento emblematico e la chiave nello studio eziologico della malattia della depressione, come è stato dimostrato in numerose pubblicazioni scientifiche (Polaino-Lorente 1978a e 1986).

Ebbene, nonostante queste conoscenze – in cui sono state poste tante speranze – nessuno nasconde che il profilo psicopatologico dei pazienti depressi non esaurisce per il momento una descrizione pienamente soddisfacente e utile a far fronte a questi problemi. Piuttosto accade il contrario, che la numerosa bibliografia scientifica disponibile su questo tema va insistendo sulla rilevanza che hanno i fattori psicosociali nella genesi, nel mantenimento e nella perpetuazione delle depressioni.

Questo vuole dire che nelle possibili tipologie che nel futuro si possono individuare per la identificazione dei pazienti depressi, è necessario considerare come irrinunciabile il maggiore o minore peso che questi fattori psicosociali esercitano nell’emergenza o meno delle depressioni resistenti (Cfr. Polaino-Lorente, 1985a e b; 1995).

Dato che si tratta di rispondere alla questione che costituisce il titolo di questa relazione, si offrirà in seguito un fitto elenco di dati di cui disponiamo attualmente riguardo ai fattori psicosociali più significativi che qui intervengono. Poi, si intende, in primo luogo, che molti di questi fattori possono essere modificati dal malato, dai suoi familiari e dall’intera società; e in secondo luogo, che questi fattori non dipendono dal medico, dato che sfuggono allo statuto etico della sua professione e non gli compete intervenire su di essi.

Da qui non si dovrebbe concludere, tuttavia, che l’accordo sia

unanime tra i diversi ricercatori, riguardo all'importanza che oggi si concede a questi fattori.

Fattori psicosociali che condizionano le depressioni

Sono numerosi i fattori invocati dalle diverse scuole e dalle differenti teorie nell'ambito della psicopatologia che si sono avvicinate alla considerazione del comportamento depressivo.

Tra quelli che più si distinguono, a giudicare dalla letteratura scientifica che hanno generato, occorre menzionare i seguenti: la privazione affettiva precoce a causa della perdita o della separazione parentale; la bassa autostima (Polaino-Lorente, 2003a e b); gli avvenimenti stressanti; l'assenza di sostegno sociale e di un adeguato clima familiare; lo stile della comunicazione coniugale e la diminuzione o abolizione della comunicazione con i figli; l'aumento della dipendenza affettiva e dei conflitti coniugali; la vulnerabilità e l'inadattabilità sociale; il quadro di una personalità alterata (Polaino-Lorente, 2003c); i sensi di insicurezza e di colpevolezza, ecc. (Polaino-Lorente, 1984).

Il dibattito e la polemica sono seguiti, e a quanto pare continuano, a questa proliferazione di fattori – alcuni dei quali ancora non sono stati verificati in modo sufficiente con le necessarie indagini empiriche. Malgrado la debolezza di parecchie di queste teorie, occorre segnalare che, *malgré lui meme*, esse hanno contribuito alla conoscenza – almeno più complessa e realista – della malattia della depressione, così come ad efficaci sviluppi nell'ambito delle psicoterapie che più avanti studieremo.

Il fatto che la donna sia più vulnerabile dell'uomo alla depressione ha suscitato numerose ipotesi – ormonali, genetiche, educative, culturali, ecc. – senza che per il momento si siano potute verificare o rifiutare del tutto.

Senza alcun dubbio alcune depressioni sembrano essere legate a *disordini della personalità* (Polaino-Lorente, 2003c e 1983a). Tuttavia, ignoriamo attualmente se questi presunti disordini dipendono da fattori strutturali della personalità

o se, al contrario, tali alterazioni sono una conseguenza degli eventi vitali stressanti: l'assenza del necessario amore nell'infanzia, i modelli educativi a cui si è stati esposti, la privazione affettiva o il modo in cui la persona esprime le sue emozioni.

In ogni caso, vi è qualcosa di differente nel modo in cui si manifesta la depressione – e nella maggiore o minore incidenza delle depressioni – nell'uomo e nella donna. Gli *stili di comunicazione* sono stati posti in grande rilievo dai ricercatori del gruppo di Bristol (Cfr. Keitner, Miller, Epstein e Bishop, 1990). A quanto pare, i pazienti depressi adottano uno *stile di comunicazione coniugale* molto diverso da ciò che sogliono adottare con altre persone estranee alla loro famiglia.



Lo stile di comunicazione dell'*uomo depresso* si caratterizza per la tensione e l'ostilità, normalizzandosi quando la depressione sparisce. Nelle *donne depresse* l'indicatore più caratteristico del loro stile di comunicazione è dato dalle manifestazioni ansiose ed ostili, che continuano perfino quando esse si ristabiliscono dalla depressione.

Nell'uno o nell'altro coniuge, anche il modo di rispondere a questi *stili depressivi* cambia: la donna non depressa suole rispondere con ansietà, mentre il marito non depresso si mostra molto più indipendente di sua moglie.

Paradossalmente, questo stile di comunicazione varia negli uni e negli altri, quando si osservano le relazioni tra di loro o con altre persone. Questo dimostra che il *clima familiare*, quando uno dei coniugi è affetto da depressione, è un fattore che incrementa la probabilità del cattivo adattamento maritale e l'emergenza di *conflitti coniugali*, due situazioni che per la loro vicinanza, stabilità e consistenza si potrebbero considerare come fattori che aumentano il rischio della depressione.

Durante l'episodio depressivo, gli uomini diventano più dipendenti delle loro mogli, mentre si rendono più indipendenti quando sono le mogli ad essere depresse. Al contrario le *pazienti depresse* sogliono adottare un atteggiamento aggressivo, passivo e regressivo rispetto ai loro mariti, ciò che contribuisce a che essi le evitino, fuggano la situazione e non prestino loro l'attenzione che dovrebbero.

L'uomo depresso, invece addotta una posizione più dipendente riguardo al coniuge sano, che suole rispondere proteggendolo e manifestando atteggiamenti materni. In sintesi, *lo stile di comunicazione nella coppia* in cui uno di essi soffre di depressione è costellato da tensioni emotive, atteggiamenti negativi e disturbi disforici – centrati, inoltre su problemi molto concreti e irrilevanti – distorcono il clima familiare in eccesso, fino a far comparire una atmosfera irrespirabile di *alienazione emozionale*.

Nell'ambito della famiglia si protegge il depresso e allo stesso tempo lo si esclude dall'organizzazione familiare, esclusione che è percepita dalla persona malata come una frustrazione e una perdita dello status, ciò che suscita in lui dei comportamenti aggressivi verso gli altri membri della famiglia, perpetuando così i conflitti (Gastó, Vallejo e Menchón, 1993; Polaino-Lorente, 1983b).

Benché molte di queste osservazioni siano rigorose, tuttavia dovrebbero essere articolate meglio con i dati clinici poiché, al contrario, non si possono generalizzare e la loro efficacia predittiva è piuttosto limitata, rispetto alle strategie terapeutiche di intervento che si dovrebbero impiegare.

In ogni modo i risultati prece-

denti coincidono parzialmente con quelli ottenuto dal gruppo di New Haven, negli anni Settanta (Weissmans e Paykel, 1974). Il risultato ottenuto nelle *case nordamericane dove il marito o la moglie sono depressi* è in questo punto irrefutabile: diminuzione della comunicazione, aumento della dipendenza e dei conflitti coniugali e tendenza a controllare l'altro attraverso le sue manifestazioni sintomatiche.

In questa ricerca si trovarono anche differenze significative tra l'uomo e la donna depressi: il grado di ripercussione delle relazioni sociali è più globale e olistico nella donna che nell'uomo; il recupero di queste relazioni una volta superata la depressione è anche più lento nella donna che nell'uomo; e il suo adattamento sociale, dopo che ha superato la malattia, è meno soddisfacente che nell'uomo.

Le manifestazioni precedenti potrebbero avere un certo valore esplicativo della maggiore incidenza di depressione nella donna e del fatto che soffra più ricadute dell'uomo (Polaino-Lorente, 1983a). Non vi è niente di strano nel fatto che l'esposizione più prolungata ai precedenti fattori impoverisca o rovini la sua competenza e abilità sociali e che, alterandosi le sue relazioni interpersonali, la donna si rifugi di più nell'ambiente familiare, un mezzo questo che in tali condizioni può contribuire in assoluto al superamento del suo disturbo depressivo.

Non risulta strano nemmeno che vi sia una maggiore incidenza di depressione infantile tra i *figli di madri depresse* che di padri depressi (Polaino-Lorente, 1987a). Indipendentemente da questa maggiore incidenza possono intervenire altri fattori non controllati in queste e altre ricerche come, per esempio, l'interazione e l'affezione figli-madre e figli-padre.

Dalla prospettiva della *vulnerabilità sociale*, la *perdita precoce di uno o di entrambi i genitori* si può considerare come un potente fattore di rischio depressivo (Polaino-Lorente, 1987a e b). In un gruppo di 458 donne alle quali è stata diagnosticata depressione cronica o acuta, il 22% aveva perduto la madre e il 17% il padre, prima degli 11 anni. Nel gruppo di controllo di

donne non depresse questo indicatore era solo rispettivamente del 6% e nel 12%.

Secondo i dati disponibili, questo fattore isolato non sembra avere sufficiente peso per scatenare la depressione, ma è necessario che ad esso si aggiunga un altro fattore. Quando si associa con un altro fattore scatenante in quelle donne che avevano perduto la madre, prima degli 11 anni, il rischio di depressione sale al 46%.

Insieme alla morte di uno dei genitori si deve considerare anche la *separazione* di uno di essi prima dei 17 anni di età; la *perdita di uno dei fratelli*, tra il primo e il 17° anno di età e, a qualsiasi età, la *morte del coniuge*.



Questi *fattori di rischio* sono correlati con altri *fattori di vulnerabilità* depressiva come la scarsa intimità con il marito e l'assenza di amiche con le quali comunicare in modo confidenziale.

I fattori precedenti sogliono contribuire indirettamente anche a delineare alcune *relazioni coniugali insoddisfacenti*. In primo luogo, perché favoriscono la formazione di una personalità alterata e, in secondo luogo, perché generano sentimenti di insicurezza e di colpevolezza (Polaino-Lorente, 1991 a e b) nella donna giovane, che cercherà di superarli sposandosi molto precocemente per alleviare così il suo bisogno di protezione, il che d'altra parte non pronostica delle future relazioni felici.

I dati precedenti, tuttavia, non si

dovrebbero considerare come fattori che suscitano specificamente la malattia depressiva. Di fatto da soli sono insufficienti a spiegare la patogenesi della depressione.

La loro importanza esplicativa è maggiore e più plausibile in quei *disturbi depressivi atipici*, non vincolati a fattori biologici e in pazienti dove in alcun modo sono presenti i *disturbi di personalità*, cioè, proprio le depressioni, che di solito peggio rispondono ai trattamenti farmacologici.

Ma conviene non dimenticare che in molte delle attuali ricerche disponibili non si sono valutate certe caratteristiche positive in queste persone, che potrebbero essere considerate come *fattori neutralizzanti del rischio depressivo*, e di conseguenza sostenere il ruolo dei fattori che incrementano la resistenza alla sofferenza della depressione.

In ogni caso, Andrews e Brown (1987) considerano che il *rischio di soffrire una depressione cronica è associato nella donna* a tre variabili: assenza di sostegno sociale, bassa autostima e privazione affettiva precoce per la perdita o la separazione dei genitori. Questo stesso gruppo scoprì in un lavoro precedente che il recupero dei pazienti depressi cronici era preceduto frequentemente dalla presenza di eventi neutralizzanti.

Per Hirschfeld e coll. (1986) l'unica variabile predittiva di cronicità trovata in 90 pazienti con depressione maggiore fu la *nevrosi*, essendo irrilevante sia la perdita parentale precoce come gli avvenimenti vitali stressanti e l'assenza di sostegno sociale.

Da parte loro, Matussek e Wiegand (1985) trovarono in un campione di 95 depressi endogeni e 57 depressi nevrotici che ciò che più condizionava la nevrosi nella donna era l'*infedeltà dei genitori e il divorzio o la separazione* (Gastó, Vallejo e Menchón, 1993; Polaino-Lorente, 1981).

Rispetto alla maggiore o minore *rilevanza del sostegno sociale* in relazione alla depressione, vi sono molte questioni che non sono state risolte. Da una parte è necessario valutare la qualità del *sostegno sociale*, tenendo in conto la sua ampia versatilità nei diversi gruppi umani. Dall'altro lato, il deficit

nelle *abilità sociali* – ciò che necessariamente comporta una maggiore assenza di sostegno sociale – è presente in molte persone prima che appaia il quadro depressivo. Questo deficit suole essere correlato in modo significativo con una *bassa autostima*, il che talvolta si potrebbe interpretare come un effetto della depressione durante un prolungato periodo in cui appare in forma subclinica (Polaino-Lorente, 1988 e 2003a e b; Polaino-Lorente e Buceta, 1982; Polaino-Lorente e García Villamizar, 1983, 1984 e 1985).

Nel verificare questa ipotesi si dovrebbe concludere proprio il contrario: che l'assenza di sostegno sociale non è la causa della depressione ma la conseguenza di essa. Potrebbe anche accadere che il maggiore o minore sostegno sociale fosse del tutto indipendente dall'apparizione del quadro depressivo e che in cambio agisse come un variabile modulatore della sua espressione sintomatologica: a un minore sostegno sociale maggiore espressività sintomatica.

Per ultimo risulta non realizzabile nella pratica l'analisi, l'individuazione e la cattura di ciascuno dei fattori psicosociali prima citati in modo che si possa valutare rigorosamente quale sia il ruolo che svolgono all'origine e nella cronicizzazione delle depressioni. Infatti, entrambi i fattori si incontrano con parecchia frequenza nei malati e interagiscono tra loro reagendo gli uni negli altri (sommandosi, neutralizzandosi, moltiplicandosi o diminuendo?).

Da qui risulta che sono necessarie future ricerche in cui si stabilisca in modo rigoroso, se è possibile, il peso relativo e/o assoluto di ciascuno di questi fattori, indipendentemente considerati, così come il gioco delle sinergie e degli antagonismi che possono accadere tra di loro, quando li si consideri congiuntamente e incidono in un determinato paziente.

Fintanto che questo non si può stabilire, si deve concludere che il basso sostegno sociale incrementa la vulnerabilità alla depressione solo in quei pazienti che sono stati esposti ad avvenimenti inevitabili e stressanti, durante un periodo di tempo prolungato (Catalán 1990).

Fattori psicosociali e risposta della depressione ai farmaci e alla psicoterapia

La rilevanza raggiunta nell'ultima decade dai fattori psicosociali per ciò che si riferisce ai disturbi affettivi ha un certo debito contratto con le terapie cognitive (Cfr. Polaino-Lorente, 1983b, 1987a e b, 1995 e 2003a e b). Ma a loro volta, le terapie cognitivo-comportamentali probabilmente non sarebbero arrivate mai ad essere usate nella clinica della depressione se non fosse stato disposto un cambio di paradigma nella ricerca basilare e poi nell'introduzione innovatrice del concetto di "learned helplessness" (Cfr. a questo riguardo Vázquez e Polaino-Lorente, 1981, 1982; Polaino-Lorente, e Vázquez, 1982a e b; Polaino-Lorente, 1986, 1991a 2000 e 2003a).

Così, per esempio, per Ezquiaga Terrazas e García López (1986), né gli avvenimenti vitali né i *fattori stressanti* sembrano influire o pronosticare la risposta terapeutica in un gruppo di 77 pazienti diagnosticati come maggiormente depressi, secondo i criteri del DSM-III. Gli autori concludono che i fattori stressanti cronici da essi studiati che continuano ad incidere sul paziente nel corso del trattamento, non sembrano farlo in modo significativo sulla loro risposta terapeutica.

Qualcosa di analogo accade riguardo agli *avvenimenti vitali*, i quali, nonostante una maggiore enfasi eziologia depressiva sono attribuiti da altri autori. Nella pubblicazione, gli autori si riferiscono esplicitamente agli avvenimenti vitali indipendenti dalla patologia psichica che sono precedenti all'inizio della sintomatologia depressiva e da quegli altri non controllabili. In questo campione nessuno dei fattori prima riferiti sembra influire sulla risposta terapeutica del paziente.

Da parte loro, Thase e Howland (1994) studiarono le possibili relazioni esistenti tra i fattori psicosociali e le depressioni. Gli autori trovarono che le depressioni studiate erano associate alle seguenti caratteristiche: *presenza nei pazienti di caratteristiche nevrotiche della personalità, un alto livello di atteggiamenti disfunzionali e persistenza di avvenimenti vitali stressanti*.

Secondo questi Autori si può stabilire un profilo predittivo differenziale tra i pazienti che risponderanno o meno all'impiego di psicofarmaci o la cui risposta sarà molto povera all'azione della psicoterapia – principalmente, in questa ricerca – alla terapia cognitivo-comportamentale e alla terapia interpersonale.

Gli aspetti più eloquenti tra i pazienti non rispondenti alla terapia cognitiva furono i seguenti: *cronicità della malattia, alto livello di atteggiamenti disfunzionali, celibato e presenza di comorbidità per concorrere simultaneamente ad altre diagnosi*. Secondo i risultati della ricerca, risposero alla terapia cognitiva solo il 25-50% dei pazienti depressi, a condizione che questa terapia fosse usata all'inizio del trattamento.

Al contrario, tra i pazienti *non rispondenti al trattamento farmacologico*, le caratteristiche più frequentemente incontrate furono le seguenti: *gravi alterazioni e aspetti nevrotici della personalità, elevato livello di atteggiamenti disfunzionali e inadeguato sostegno sociale*. I dati precedenti sono a favore della presenza dei due profili molto diversi tra i pazienti non rispondenti all'una o all'altra terapia.

Phillips e Nierenberg (1994) riconoscono che tra i pazienti depressi, in coloro i quali concorre un *disturbo borderline della personalità* dovrebbe essere indicata l'associazione di farmacoterapia e trattamenti psicosociali, poiché con l'intervento isolato di uno solo di essi risulta molto più difficile ottenere un soddisfacente risultato terapeutico.

In un'altra ricerca realizzata dall'autore di queste pagine e dai suoi collaboratori (Polaino-Lorente, Maldonado Buitrago e Barceló Iranzo, 1991a e b, 1992, 1993) si trattarono tre gruppi di 8 pazienti con terapia cognitiva, psicofarmacoterapia e terapia mista: rispettivamente si trovò una maggiore efficacia nelle strategie farmacologiche che nella terapia cognitiva – quando ciascuna di esse veniva usata isolatamente – specialmente per ciò che si riferisce alla durata e al costo economico di questi interventi.

Di fatto, benché nel gruppo dei pazienti sottoposti a *terapia mista*

si ebbe una risposta terapeutica significativa, tuttavia si trovò un numero maggiore di pazienti rispondenti (50%) nel sottogruppo nel quale si usò solo la terapia psicofarmacologica, senza alcun sostegno della terapia cognitiva.

In questa ricerca si confrontano i risultati ottenuti con trattamenti farmacologici usati da altri autori consistenti in un "cocktail 5-HT" (associazione di fenelcina, 1-triptofano e litio; Barker e coll., 1987), nei pazienti con depressione cronica e refrattaria agli antidepressivi tricyclici.

D'altro lato, alcuni degli *aspetti psicologici che presumibilmente sono modificati dalla terapia cognitiva* (sintomi cognitivi della depressione, autostima e *locus di controllo*) sono anche modificati e molto efficacemente dal trattamento psicofarmacologico.

Secondo i nostri risultati, sia l'*autostima* che l'*autovalutazione cognitiva della sintomatologia depressiva* (mediante il questionario di Beck) migliorarono nei pazienti trattati solo con farmaci. Queste due caratteristiche, tuttavia, non arrivarono mai a raggiungere – almeno durante un periodo di continuazione del post-trattamento di sei mesi di durata – i livelli ottenuti nelle persone non depresse del gruppo controllo con le quali vennero confrontati. Questo fa supporre agli Autori che talvolta le *variabili cognitive* possono avere un maggiore valore esplicativo per quello che riguarda l'evoluzione clinica dei pazienti depressi.

In modo analogo, i pazienti trattati esclusivamente con farmaci modificarono anche in modo significativo il loro *locus di controllo* (diminuzione delle competenze esterne), alla fine dello studio. In sintesi, il trattamento esclusivamente farmacologico riesce a suscitare e instaurare un certo grado di competenze interne nel *locus di controllo* di questi pazienti, il che si rivela anche come un miglioramento nel loro stile di competenze e nella assertività sperimentata da essi.

A questo punto, il trattamento farmacologico riuscì a far emergere una nuova *ristrutturazione cognitiva del paziente* che per il resto rimase stabile durante la continuazione e con alcuni livelli di competenze interne (scala di Rotter), che

nella pratica non si distinguono dai risultati ottenuti nelle persone sane del gruppo di controllo.

Alcuni predittori psicosociali di risposta terapeutica alla depressione

Attualmente disponiamo a stento di predittori psicosociali dei disturbi depressivi che siano affidabili e rigorosamente stabiliti. Tuttavia, di seguito si enumerano alcuni di quelli che nella letteratura scientifica attualmente disponibile sembrano essere più rilevanti, fino al punto da costituire un segno di riferimento che talvolta può essere di certa utilità per l'orientamento del medico.

1. Nelle donne depresse e prima che appaia la malattia si è trovato un impoverimento delle loro relazioni interpersonali, una diminuzione delle loro capacità lavorative e un aumento della loro dipendenza affettiva.

2. Nei pazienti che soffrono un episodio depressivo acuto si può stabilire un predittore riguardo al loro recupero in relazione al funzionamento generale della famiglia. Quanto migliore è il funzionamento familiare, più rapido sarà il loro recupero (Keitner e coll., 1990).

3. La morbilità depressiva nei pazienti anziani è tanto maggiore quanto minore è il sostegno sociale.

4. Nelle donne depresse il sostegno sociale è in correlazione con la risposta al trattamento farmacologico. Minore è il sostegno sociale, più facilmente saranno resistenti alla somministrazione dei farmaci (Gastó 1993).

5. La prontezza della risposta terapeutica è in correlazione in entrambi i sessi con il sostegno sociale di cui si dispone. Quanto più elevato è il secondo, più rapida sarà la prima.

6. La presenza di fattori psicosociali negativi sembra pronosticare un peggior corso ed evoluzione della depressione nelle donne che nell'uomo.

7. Il disporre di un maggiore o minore repertorio di comportamenti assertivi non si considera come un predittore rigoroso di future depressioni, ma probabilmem-

te ha una maggiore importanza predittiva per ciò che si riferisce all'evoluzione della malattia, all'apparizione di ricadute e a futuri recuperi delle relazioni interpersonali.

8. I disturbi cognitivi e le attribuzioni depressive possono avere un relativo valore predittivo della vulnerabilità alle ricadute e della evoluzione della cronicità della depressione.

9. Quando le distorsioni cognitive appaiono solo nel corso della malattia di solito rispondono meglio ai trattamenti biologici. Al contrario se lo stile cognitivo e le distorsioni attributive sono croniche e indipendenti dai disturbi dell'umore è consigliabile l'uso della terapia cognitiva, associata o meno a trattamenti farmacologici.

10. La perdita o la separazione precoce dei genitori (prima degli 11 anni) non si deve considerare come un predittore della depressione se non si associano altri fattori di vulnerabilità per avvenimenti vitali stressanti (Andrews e Brown, 1987).

11. Un punteggio elevato nella dimensione della nevrotizzazione misurata attraverso qualsiasi scala, si può considerare come una variabile predittiva di cronicità depressiva (Hirschfeld e coll., 1986).

12. L'infedeltà dei genitori, il divorzio e la separazione si possono considerare fattori di rischio della nevrotizzazione nella donna depressa capaci di oscurare la risposta al trattamento con antidepressivi (Matussek e Wiegand, 1985).

13. Gli avvenimenti vitali stressanti inevitabili triplicano l'incidenza della depressione, mentre un basso sostegno sociale duplica l'incidenza della depressione (Gastó e coll., 1993).

Le depressioni nell'anziano e le terapie cognitive

Le terapie cognitive e comportamentali sono specialmente indicate nella depressione dell'anziano, benché ovviamente la loro efficacia sia un poco minore che tra i pazienti adulti e giovani. Questi procedimenti, al contrario di ciò che in principio si poteva supporre, hanno dimostrato di essere efficaci. E sono oggi tanto più precisi ed effica-

ci, poiché la nostra società emargina tanto intensamente l'anziano.

Molti di questi procedimenti possono, inoltre, usarsi come programmi istituzionali (ospizi, ecc.), dove gli anziani sono reclusi e privati del necessario stimolo. È curioso a questo riguardo, che già Abramo, a quasi novanta anni, manifesterà il suo stupore davanti alla buona risposta dell'anziano depresso all'intervento psicoterapeutico.

La psicologia comunitaria e la psicopatologia sociale, oggi come ieri, hanno trovato nella *terapia culturale* uno splendido alleato per la modifica e/o prevenzione del comportamento depressivo nell'anziano.

Mentre si scrivono queste righe, si stima che solo nella capitale Madrid vivono sole più di 300.000 persone con più di 65 anni di età, logicamente mancanti delle cure necessarie e perfino privati dell'affetto e degli stimoli culturali ai quali come persone hanno diritto.

Questo fatto sembra confermare la diagnosi sociale di Lasch (1979), che ha definito la nostra attuale cultura come la *cultura del narcisismo*: una cultura nella quale ogni persona è unicamente dipendente da se stessa, mentre inorridisce di fronte all'invecchiamento ed emargina radicalmente le persona della terza età.

L'uso della terapia cognitiva (di seguito TC) ha origine nel 1960, quando lo psicoanalista Beck scopre l'inefficacia delle terapie psicoanalitiche centrate specialmente nell'analisi dei conflitti sessuali. Beck (1976) affermò allora che i pazienti depressi e ansiosi dipendono meno dai loro conflitti sessuali che dai loro pensieri e dalle loro idee.

Concretamente, alcuni di questi fanno sì che il soggetto si autovaluti negativamente e percepisca erroneamente la realtà in modo negativo, anticipando negativamente ciò che può accadere. L'autore ha introdotto allora alcune strategie che in modo attivo e strutturato potrebbero essere utili per la *modifica delle idee e dei pensieri negativi nei pazienti depressi*.

Questa approssimazione terapeutica dà una grande importanza alle *rappresentazioni mentali dei pazienti* che, come stimoli interni rilevanti e – come pensieri auto-

matici –, modellano e configurano lo stile del comportamento depressivo. Questi pensieri automatici sono soliti essere vaghi e non sempre ben formulati, non risultano da una deliberazione riflessiva riguardo alla realtà, sono molto difficili da fermare per il paziente, che crede fermamente in essi, malgrado la loro irrealtà e la loro sconnessione con la logica (Polaino-Lorente 2000b e c).

Le teorie cognitive postulano che questi pensieri, come *stili cognitivi*, costituiscono un importante fattore eziologico nella produzione di sentimenti disforici, comportamenti scomposti e sintomi psichiatrici.



Di conseguenza, nei pazienti depressi vi è un *eccesso di cognizioni negative* che tendono a perpetuarsi e la cui intensità si evolve parallelamente alla intensità della sintomatologia depressiva. Da qui deriva che il depresso percepisce se stesso in modo negativo, percepisce il mondo negativamente e anticipa negativamente il futuro.

Queste cognizioni si organizzano in forma di *schemi cognitivi* che trascinano con sé, *assunzioni, premesse, inferenze, attribuzioni e modi di elaborare la realtà tipicamente depressivi, determinando percezioni, aspettative e comportamenti nel paziente anche depressivi*.

Ciò di cui si tratta in questa strategia è, in ultima istanza *costruire uno stile cognitivo nuovo*, un nuovo modo di pensare, capace di agire in modo contrapposto al profilo

cognitivo tipico della depressione. Cioè si interviene per via cognitiva per modificare (o ristrutturare) il modo di pensare depressivo e, attraverso di esso, incidere sui sentimenti depressivi.

In questo ultimo quarto di secolo, le TC hanno dimostrato la loro efficacia nel trattamento delle depressioni. Questi risultati sono congruenti con molte delle informazioni cliniche di cui disponiamo, come il fatto che vi siano depressioni provocate da fattori psicologici, che agiscono come scatenanti, precipitanti, suscitatori o mantenitori della sintomatologia depressiva (Akistal e coll., 1978; Blaney, 1977); il fatto è che altri quadri depressivi sono fortemente vincolati al flusso di stimoli ambientali e agli appoggi positivi o negativi che incidono sul paziente, per cui si supponeva che, cambiando questi, si sarebbe modificata la depressione (Paykel e coll., 1975; Polaino Lorente, 1984a; Shipley, 1973, ecc.); e quando un depresso percepisce che può controllare il suo comportamento o sperimenta che in modo operativo e funzionalmente può esercitare un certo controllo sull'ambiente, migliora la sua sintomatologia depressiva (Lewinsohn, 1984).

L'Autore si è occupato precedentemente di questo tema in ripetute occasioni (Polaino Lorente, 1984a, 1984b, 1985, 1987, 1997, 2000 e 20003c), per cui rimanda il lettore interessato a queste pubblicazioni.

Sintetizzo di seguito le *caratteristiche specifiche che sono proprie delle Terapie Cognitive (TC)*:

1. la TC costituisce un modo di terapia strutturata e rigorosamente progettata per il trattamento dei fattori specificamente cognitivi implicati nei comportamenti depressivi, siano questi moderati o severi;

2. la TC comprende un blocco di strategie integrate con le quali il paziente e il terapeuta lavorano uniti e in modo attivo;

3. la TC si propone i seguenti obiettivi:

(a) identificare e modificare le alterazioni cognitive del paziente;

(b) rendere esplicito lo schema cognitivo soggiacente al comportamento depressivo;

(c) incrementare il repertorio di adattamento del paziente per la soluzione dei problemi;

(d) esaminare, insieme al paziente, le evidenze a pro e contro del pensiero automatico distorto;

4. la TC si serve di strategie e situazioni, progettate *ad hoc*, per l'identificazione dei disordini cognitivi del paziente. A questo fine si assegnano compiti comportamentali al soggetto depresso, in modo che possa sperimentare e registrare quali sono le situazioni e i problemi che lui considera specialmente insuperabili. Mediante prove empiriche e analisi verbali, si chiariscono le credenze e i modi di attribuzione in cui sono situati gli schemi cognitivi depressi;

5. la TC addestra il paziente, attraverso delle strategie precedenti, in modo che *sia proprio il paziente che ottiene l'informazione rilevante*, perché aiutandosi con essa, possa incrementare l'interpretazione-attribuzione delle situazioni stimolanti che fino ad allora erano funzionalmente depresse;

6. la TC aiuta il paziente affinché impari ad accettare la sua alterata costruzione della realtà. Questo è il primo passo che dobbiamo fare nel trattamento dei suoi sintomi depressivi. Il terapeuta, mentre addestra il malato in queste attività, può introdurre le strategie di intervento che considera pertinenti, in funzione delle esigenze che il paziente e le circostanze impongono;

7. il terapeuta deve selezionare, in accordo con il suo paziente, l'ambito sul quale inciderà fondamentalmente il suo lavoro. Nella TC della depressione sono prioritari alcuni tempi e manifestazioni cognitive. Sintetizziamo di seguito a modo di orientamento alcuni degli aspetti preferenziali sui quali il terapeuta deve concentrarsi e per quanto è possibile incidere con le strategie di intervento che considera più pertinenti.

a) Premesse e/o assunzioni che sono dedotte in modo persistente e ripetitivo.

b) Tematizzazioni più frequenti e conclusioni stereotipate a cui arriva il paziente, qualunque siano le situazioni stimolanti che lo circondano.

c) Sentimenti di disapprovazione, autostima negativa e/o dipen-

denza suscitati sia dalle sue cognizioni, sia dall'ambiente familiare. Premesse irreali che sostengono queste assunzioni negative.

d) Delucidazione del modo in cui il paziente esamina, attribuisce e processa gli stimoli del suo ambiente per dedurre queste conclusioni erranee.

e) Riesame, con aiuto del terapeuta, del processo cognitivo che genera le conclusioni erranee di modo che il paziente può apprendere altre strategie cognitive contrapposte alle precedenti.

f) Riformulazione e riattribuzione delle percezioni e cognizio-



ni al fine di stabilire un comportamento più reale e conveniente.

g) Osservazione e registrazione delle contingenze estreme che fanno emergere, riattivano o sostengono questo set cognitivo negativo. Proposta di modifica per queste contingenze.

h) Addestramento del paziente nella valutazione e riformulazione delle strategie e ipotesi suggerite dal suo terapeuta, in modo che possa verificare o rifiutare la validità ed efficacia di quella, riguardo alla modifica del suo comportamento.

i) Le strategie devono strutturarsi con chiarezza, segnando gli obiettivi e le sequenze dei passi o delle tappe da seguire. La flessibilità della programmazione è molto conveniente e deve essere in funzione della evoluzione sperimentata dal malato.

j) Il terapeuta non deve fondare

le sue strategie sull'autoritarismo né sulla suggestione. Ogni area del programma deve fondarsi sui fatti che possono essere verificabili sia dal paziente che dal terapeuta. Attraverso l'analisi di questi dati, il paziente può valutare i risultati che consegue e, attraverso questi, modificare il suo sistema di attribuzione.

k) Il terapeuta deve cercare di limitare i suoi interventi senza discutere o pretendere di invalidare le argomentazioni, le interpretazioni o i sentimenti del paziente. La sua missione si restringe a osservare, quantificare, registrare e valutare il comportamento depressivo di questo. Su questa valutazione si costruiscono più tardi le ipotesi esplicative e in funzione di queste si progettano le strategie che si dovranno usare.

Secondo Beck (1976), le indicazioni per l'impiego della TC isolatamente nel trattamento della depressione saranno le seguenti: il fallimento della risposta terapeutica del paziente dopo aver usato adeguatamente due farmaci antidepressivi; la risposta parziale o insoddisfacente alle adeguate dosi di antidepressivi, quando vi è un insuccesso parziale o totale dopo l'impiego isolato di altre psicoterapie tradizionali; l'esistenza di una diagnosi di disordine affettivo minore o depressione reattiva; la presenza di sentimenti depressivi reattivi ad avvenimenti ambientali; la presenza di correlazione tra questi sentimenti e le cognizioni negative; l'assenza di allucinazioni e deliri, essendo intatta la capacità di concentrazione e la memoria; e l'incapacità di tollerare la medicazione, sia per i suoi effetti secondari indesiderabili sia perché suppone un eccessivo rischio per il paziente.

Alle indicazioni segnalate da Beck, l'Autore di queste righe ne aggiungerebbe altre: l'età del paziente, giacché i giovani rispondono meglio degli anziani e degli adulti a queste strategie; il livello culturale (quanto maggiore sia questo, più facilmente si ottiene una buona risposta terapeutica); la fluidità verbale e la capacità intellettuale, così come la motivazione e le aspettative che il paziente ha riguardo a questi interventi.

La personalità del terapeuta è

anche un fattore che contribuisce in modo importante all'esito del trattamento, per cui si dovrà valutare sempre che sia possibile.

Tra le indicazioni che consigliano l'uso combinato di TC e psicofarmaci si trovano le seguenti: episodi depressivi maggiori che scemano dopo l'uso di antidepressivi e nei quali si produce una diminuzione dei sintomi vegetativi; depressioni ricorrenti nelle quali la medicazione è stata efficace; pazienti depressi i cui familiari hanno risposto bene al trattamento con antidepressivi; pazienti depressi la cui risposta alla medicazione è parziale o incompleta; pazienti nei quali l'aderenza (*compliance*) al trattamento curativo è molto scarsa, migliorandosi tale aderenza dopo l'uso, al fine della TC; e pazienti depressi intermittenti per comportamento e funzioni maladattate.

La combinazione di entrambi i procedimenti fu studiata più di un quarto di secolo fa da tre équipes differenti (New Haven-Boston, Baltimora e Filadelfia), sotto il patrocinio della *Psychopharmacology Research Branch*, dell'Istituto Nazionale di Salute Mentale.

I risultati di queste équipes coincisero nel segnalare che le psicoterapie agiscono specificamente su quelle *aree comportamentali non specificamente depressive* (relazioni interpersonali, adattamento all'ambiente, gestione dello stress, ecc.) ma che essendo associate ad esse, possono ridurre l'efficacia terapeutica nella depressione.

Simultaneamente, si verificò anche che *i farmaci hanno un effetto positivo sulla psicoterapia*, rendendo il paziente più accessibile a questi interventi.

D'altro lato, *la psicoterapia può contribuire a ottimizzare l'aderenza del paziente al trattamento farmacologico*. Benché sembri che gli uni o gli altri metodi agiscano selettivamente su queste aree comportamentali e sintomatologiche molto diverse (effetti indipendenti), ognuno di essi interagendo con l'altro, rafforza la sua efficacia (effetto di interazione).

La revisione precedente pone in evidenza che la depressione non

dipende esclusivamente dal medico, ma il suo trattamento dipende principalmente da esso, benché non solo da esso. D'altra parte non tutto si risolve con gli psicofarmaci. È necessario intervenire in altri ambiti della personalità del paziente, così come in alcune delle sue abilità e destrezze che, senza essere direttamente implicate o influenzate dalla depressione, possono contribuire ad alleviarla o a migliorarla.

Un'altra questione che si dovrà affrontare con maggiore profondità nel futuro è quella relativa alle conseguenze che la depressione genera nelle relazioni sociali e interpersonali dei pazienti. Mi riferisco chiaramente al doppio legame esistente tra i fattori psicosociali e la depressione. Fino ad ora si è posta una maggiore enfasi sul ruolo eziologico che svolgono i fattori psicosociali nell'ambito della depressione, mentre si è posto sotto silenzio o sottovalutato il ruolo che la depressione esercita nel deterioramento della dimensione psicosociale del malato cronico, e che se migliorano queste conseguenze si allevierà la depressione.

Così, per esempio, ignoriamo quali siano le conseguenze della depressione nella vita del paziente riguardo alle sue relazioni interpersonali, alla sua vita familiare, alla convivenza coniugale, all'adattamento professionale e vocazionale, alla dinamica della personalità, all'educazione dei suoi figli, ecc. Questo è tanto più grave in quanto le depressioni possono generare anche effetti, per la loro cronicità, nei familiari e nelle persone più vicine al paziente attraverso le sue relazioni con lui (Polaino-Lorente, 1984; per una revisione, cfr., Gastó, Vallejo e Menchón 1993, pp. 71-75). Ma anche la famiglia può fare – e molto! – per il paziente depresso, ma questo tema sarà esposto nell'ultimo paragrafo di questa relazione.

Che cosa può fare il paziente depresso per alleviare la sua malattia?

Rispondere a questa domanda non è sempre facile e bisogna fare alcune distinzioni. Si dirà che la ri-

sposta più rigorosa alla domanda formulata è doppia: il paziente può e non può migliorare o alleviare la sua malattia.

Il paziente depresso, in generale, può fare molto poco – in senso stretto – per alleviare con una certa efficacia la sua malattia. In questo senso si deve dire che il paziente deve sollecitare l'aiuto dell'esperto e indirizzarsi quanto prima dallo specialista.

Ma, in un altro senso, è molto ciò che il paziente può fare per alleviare la sua malattia. Disponiamo a questo punto di una lunga tradizione storica di pazienti che hanno lasciato scritte le loro patologie e i rimedi di cui si sono serviti per sopportare meglio la malattia della depressione. Questo è il caso per esempio di Robert Burton (1577-1640) che nella sua opera *The Anatomy of Melancholy* (1621) descrive come era solito modificare i "suoi giudizi pessimisti e fino a manifestare la gioia di vivere" quando si dava alla conversazione con persone in piacevole compagnia.

Molte altre raccomandazioni si possono trovare nell'opera *De arte medica* di Alejandro de Tralles (525-605), di Andrés Piquer (1711-1772) e nel *Tratado de la Manía* di Philippe Pinel (1745-1826). Di queste raccomandazioni, alcune sono obsolete, ma altre no (Cfr. Chinchilla, 1846).

Oggi come ieri sarebbe molto conveniente dedicare più attenzione a questi problemi, per quanto è consigliabile addestrare e aiutare il paziente depresso, in modo che sia anche lui ad aiutare sé stesso.

In qualsiasi caso, è conveniente ricordargli che deve aderire alle indicazioni e alle norme che gli consiglia lo specialista con il quale si deve consultare per tutto ciò che si riferisce alla sua malattia; che è sconsigliabile che incorra nel comportamento dell'automedicazione; che quante più ore rimane a letto più difficile sarà per lui uscire dalla depressione; che l'esercizio fisico o la pratica di qualche sport risultano molto utili per la malattia di cui soffre; che non deve restare a casa a guardare la televisione, ma che deve uscire e passeggiare e cominciare a recuperare le piccole cose che prima della malattia lo facevano sentire felice; che la incomuni-

cabilità con gli altri non è buon compagno di viaggio di questa malattia; che deve recuperare – benché gli costi – i rapporti e le relazioni sociali con le sue amicizie; che deve sforzarsi di avere il giorno occupato anche se in piccole attività di diversa natura; ecc.

Le risorse spirituali sono state disattese quasi completamente attualmente, ma possono anche essere strumenti efficaci per migliorare la qualità della vita e la malattia depressiva di cui soffre il paziente. In realtà, molte ricerche sono da realizzare in questo ambito poiché, come l'esperienza clinica ci insegna, tra i cattolici, proprio per il loro sistema di credenze (speranza, senso della sofferenza, esistenza di un'altra vita, comunione dei santi, ecc.) è più facile innalzare un importante fronte di resistenza rispetto alle idee suicide, preoccupazione per la malattia, ecc., ciò che incrementa la loro tolleranza alla frustrazione e il loro spirito di forza per sopportare le sofferenze che li affliggono.

Questi e altri consigli pur essendo necessari non sono sufficienti. È necessario che la famiglia sia avvertita e orientata su ciò che conviene fare o meno con il malato.

Depressione e pastorale

Ma prima di porre fine a questa relazione, facendo appello al ruolo che deve svolgere la famiglia nella depressione, permettetemi alcune brevi riflessioni sulla pastorale del malato depresso.

1. La depressione colpisce in egual modo i credenti e i non credenti, per cui non si può attribuire – come si pensava alcuni decenni fa – a problemi messi in relazione con la mancanza di coerenza tra la fede e il comportamento, malgrado senza alcun dubbio questo possa essere un altro dei molti fattori che talvolta condizionano la sua comparsa nel contesto bio-psico-sociale in cui la malattia accade.

2. Per accadere in un quadro tanto ampio di eziologia multifattoriale e pluricausale, è necessario avvertire che la lotta contro questa malattia è qualcosa che concerne tutti, specialmente le persone più direttamente implicate nell'ambito della pastorale.

3. Di conseguenza è necessario porre fine all'etichetta pseudospiritualista – ed erroneamente psicoterapeutica, che tanta sofferenza in più causò in passato a questi malati – e riconoscere una volta per tutte che la persona ha diritto ad essere malata di depressione – è qualcosa relativo alla stessa condizione umana – e deve essere compresa nella sua sofferenza.



4. La spiritualità e la cura delle anime, unita alla psicofarmacologia e alla psicoterapia costituiscono oggi i tre ingredienti principali del trattamento della malattia depressiva. Questi fattori principali si incontrano anche per ciò che è relativo alla prevenzione, ambito in cui devono essere implicati gli educatori. Non è certo poi, che se ci fossero più sacerdoti ci sarebbero meno psichiatri, anche perché alcuni sacerdoti soffrono di depressione. Di conseguenza, avendo più sacerdoti depressi, si dovrebbe incrementare il numero degli psichiatri che prestano loro attenzione. Non si tratta qui di nessuna falsa alternativa "sacerdoti o psichiatri", ma dell'unione tra di essi, di "pastori e psichiatri".

5. Nel corso della mia esperienza professionale come psichiatra, durante quasi quattro decenni, ho potuto osservare che l'azione pastorale – e più concretamente il sacramento della penitenza – può contribuire a migliorare questa sofferenza, specialmente in quelle persone che dopo molti anni di si-

lenzio non hanno risolto i loro sensi di colpa a causa, per esempio, di un aborto.

6. Le crisi biografiche e vocazionali costituiscono un ambito in cui è particolarmente frequente la presenza della depressione. In questo caso il lavoro dello psichiatra e dello psicoterapeuta devono essere molto adatti e convergenti con quello del sacerdote o

della persona che accolga e accompagni l'iter spirituale del paziente. In queste circostanze, una eccellente accoglienza dell'uomo malato – non giudicante, ma comprensiva –, che lo conduca a supporre il perdono e a perdonare se stesso e ad esser riaffermato nei suoi valori personali suole avere una elevata efficacia riparatrice e terapeutica.

Elogio della famiglia nel contesto della malattia depressiva

La depressione costituisce uno dei più importanti oneri – in base ai dati epidemiologici di cui disponiamo è la malattia psichiatrica più frequente oggi – che la famiglia deve sopportare, qualunque sia il familiare che ne soffra. Attualmente sono sconosciuti gli effetti psicopatologici che si generano nei figli di padri depressi, come anche i nocivi effetti sui coniugi quando uno di essi soffre di depressione.

L'insorgenza della malattia nel contesto familiare implica senza dubbio effetti nocivi sui familiari, ma l'impatto della malattia non si dovrebbe limitare solo a questi effetti.

Al di là di questi, è molto ciò che la famiglia può fare per migliorare le malattie depressive di uno dei suoi membri. Non si deve dimenticare che la famiglia è il luogo dove la persona è trattata come persona. Questo deve essere evidenziato anche da tutti i familiari che con le loro attenzioni e i loro atteggiamenti stimolanti fanno il possibile perché il familiare malato venga trattato come una persona.

Per questo, la depressione costituisce anche un eccellente scenario dove i familiari possono realizzarsi come persone. Si intende qui per realizzazione un processo attraverso il quale la persona può dare importanza a questa difficile e complessa meta che è una vita riuscita, una biografia realizzata. Nel caso particolare della famiglia in cui uno dei membri soffre di depressione, i valori che ciascuno dei familiari realizza in se stesso proprio attraverso l'attenzione al paziente, coincidono con i valori ai quali il malato è esposto, e nei quali egli può anche crescere.

L'autorealizzazione dei familiari sani e del malato possono e devono essere coincidenti. Se i familiari esercitano la pazienza e la buona abitudine di stimolare il paziente, oltre ad aiutarlo nella sua malattia, anche questo, probabilmente aiuta loro a crescere; se i familiari esigono più da se stessi allo scopo di parlare specialmente di successi positivi, torna ad accadere lo stesso nel paziente. In questo modo l'autorealizzazione dei familiari che curano il malato diviene un criterio giustificativo, valutativo e legittimo dell'autorealizzazione del paziente.

In un certo modo, non vi è autorealizzazione possibile – qualunque sia l'ambito in cui questa si studi, che non ci interpellino, una volta o l'altra, rispetto all'autorealizzazione di questi stessi valori in un determinato contesto, situazione o ambiente. Questo significa che l'autorealizzazione – anche senza smettere di essere un processo personale – finisce per essere qualcosa di transpersonale, qual-

cosa che trascende la persona che si realizza in se stessa.

La presenza della malattia nel contesto familiare ci invita a uscire dall'anonimato per contraddistinguerci in modo partecipativo e solidale, in modo che la realizzazione personale dei familiari si costruisca con l'autorealizzazione personale del paziente a cui questi si dedicano.

Per questo, la libertà è la *conditio sine qua non* per cui uno si dia e/o riceva l'altro nel contesto familiare. L'altro è, nella famiglia, molto più che un oggetto percepito da una conoscenza obiettiva. L'altro è una persona che deve sviluppare e portare a pienezza la libertà di autorealizzarsi. Io collaboro alla sua libertà e lo aiuto ad essere: ciò che liberamente egli ha scelto. Per questo aiuto solidale, per questo partecipazione nel processo autorealizzatore del malato, i familiari entrano a far parte dell'autoperfezione partecipata e partecipante, quando prendono coscienza del valore della loro libertà, poiché come scrive Jaspers: "Acquisiamo coscienza della nostra libertà quando riconosciamo che altri sperano in noi".

Di conseguenza, il familiare che ha cura del paziente depresso si sentirà interpellato a migliorare personalmente poiché con il suo perfezionamento personale può contribuire alla felicità degli altri. E chi sarà capace di negarsi a fare un piccolo sforzo per rendere più felice proprio colui che più soffre?

L'ideale al quale ci convoca la *paideia* familiare è certamente molto esigente e ambizioso; ma non supponiamo che prima non fosse così, poiché, come affermava García Morente (1975), a proposito dell'educatore, "la professione che avrei scelto è vorace ed esclusivista, perché si prende l'uomo intero; non solo esige la parte pubblica della personalità, ma anche quella privata e intima (...) Perché il maestro consegna alla sua professione la sua intera vita, non si riserverà niente per sé, dà tutto e, in un certo modo, si sacrifica interamente sull'altare dei suoi doveri". Queste parole si possono applicare e sono specialmente adatte ai pastori che si dedicano alle cure di questi malati.

Questa ultima affermazione si

può sottoscrivere nella sua forma più radicale riguardo a qualsiasi familiare che, in accordo con quanto affermato prima, si dia interamente a questo gigantesco, emblematico e necessario compito che consiste nel curare chi, essendo più vicino ed essendo uno di noi, ha più bisogno ora delle nostre attenzioni.

Prof. AQUILINO
POLAINO-LORENTE
Cattedratico di Psicopatologia
della Università Complutense
Madrid, Spagna

Bibliografia

- AKISHAL, H.S.: The nosological status of neurotic depression. *Archives of General Psychiatry*, 35, 756-766, 1978.
- ANDREWS, B., BROWN, G.W.: Social Support, onset of depression and personality: an exploratory analysis. *Social Psychiatry*, 23:99-108, 1987.
- BARKER, W., SCOTT, J., ECCLESTON, D.: Newcastle chronic depression study: results of a treatment regime. *International Clinical Psychopharmacology*, 2,261-272, 1987.
- BECK, A.T.: *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. International University Press, New York.
- BLANEY, P.H.: Contemporary theories of Depression: Critique and comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 203-223, 1977.
- BURTON, R.: *The Anatomy of Melancholie*. Eds. F. DELL e P. JORDEN-SMITH, Tudor Publishing Company. New York, 1948.
- CATALÁN, R.: Factores de Riesgo. Aspectos Psicosociales. En: VALLEJO RUBIOLA, I.; GASTÓ FERRER, C. (Eds) *Trastornos afectivos: ansiedad y depression*. Barcelona. Salvat, 193-213. 1990.
- CHINCHILLA, A.: *Historia de la Medicina Española*. Vol. IV, pag. 3-36. Valencia, 1846.
- EZQUIAGA TERRAZAS, R., GARCÍA LÓPEZ, A.: Factores psicosociales y respuesta terapéutica en la depresión. *Psiquis*, VII: 265-286. 1986.
- FRANKL, V.E.: *Psicoanálisis y Existencialismo. De la Psicoterapia a la Logoterapia*. Fondo de Cultura Económica. México, 1977.
- GARCÍA MORENTE, M.: *Escritos pedagógicos*. Espansa Calpe. Madrid, 1975.
- GASTÓ, C., VALLEJO, MENCÓHN, M.: *Depresiones crónicas*. Doyma, Barcelona, 1993.
- HIRSCHFELD, R.M.A., KLERNAN, G.L., ANDREASEN, N.C., CLAYTON, P.J., KELLER, M.B.: Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148: 648-654. 1986.
- KEITNER, G., MILLER, I., EPSTEIN, I., BISHOP, D.: Family Process and the Course of Depressive Illness. In KEITNER G. edr. *Depression and Families Impact and Treatment*. Washington, American Psychiatric Press. 2-29. 1990.

LASCH, CH.: *La cultura del narcisismo*. Andrés Bello. Barcelona, 1999.

LEWINSOHN, P.M.: A behavioural approach to depression, in R.M. FRIEDMAN e M.M. KATZ (eds.): *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston-Wiley. Washington, DC, 1974.

MATUSSEK, P., WIEGAND, M.: Partnership problems as cause of endogenous and neurotic depressions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 : 95-104. 1985.

PAYKEL, ES: *Life Stress and Illness*, in EKE Gunderson e RH Rahe (eds.). Charles C. Thomas. Springfield. Illinois, 1975.

PHILLIPS, K.A., NIERENBERG, A.A.: The assessment and treatment of refractory depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55 (2, Suppl) : 20-26. 1994.

PINEL, P.: *A treatise on Insanity*. W. Dodd. Scheffield, 1806.

POLAINO-LORENTE, A.: *En busca de la autostima perdida*. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2003 a.

POLAINO-LORENTE, A.: *Familia y Autostima*. Ariel. Madrid, 2003b.

POLAINO-LORENTE, A. (Dir.): *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Rialp. Madrid, 2003c.

POLAINO-LORENTE, A.: *¿Qué puede hacer el Médico por la familia del enfermo? El impacto del enfermo en la familia*. Rialp. Madrid, 2000.

POLAINO-LORENTE, A.: Bases psicossocia-

les y predictores de respuesta terapéutica en las depresiones resistentes, in AA.VV.: *Depresiones Resistentes*. Mayo. Barcelona, 1995.

POLAINO-LORENTE, A., BARCELÓ, M.: Muestra de pacientes depresivos sometidos a tratamiento farmacológico. *Psiquis*, 14: 259-266. 1993.

POLAINO-LORENTE, A., MALDONADO, C.L., BARCELÓ, M.: Evolución sintomatológica mediante evaluación con el BDI de diversas muestras de pacientes depresivos, sometidos a estrategias terapéuticas farmacológica y de terapia cognitiva. *Psicopatología*, 12: 8-14. 1992.

POLAINO-LORENTE, A., BARCELÓ, M., MALDONADO, C.L.: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 18, 4: 173-184. 1991.

POLAINO-LORENTE, A.: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 18: 173-184. 1991a.

POLAINO-LORENTE, A.: Il senso di colpa non patologico. In A. LAMBERTINO (a cura di): *Al di là del senso di colpa? Gli interrogativi del dopo Freud*. Città Nuova Editrice. Roma, 113-128. 1991b.

POLAINO-LORENTE, A.: El tema del auto-concepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas", in AA.VV.: *Identidad*,

norma y diversidad. Ed. Universidad del País Vasco. San Sebastián, 29-52. 1988.

POLAINO-LORENTE, A. (Dir.): *Las depresiones infantiles*. Morata. Madrid, 1978a.

POLAINO-LORENTE, A.: Terapia cognitiva y conductual en la depresión: Una revisión polémica y crítica", in AA.VV.: *Terapias conductuales y cognitivas en psicopatología infanto-juvenil*. Ed. Alhambra. Madrid, 91-119. 1978b.

POLAINO-LORENTE, A.: Terapia farmacológica y psicoterapia: Una alternativa combinada para el tratamiento de la depresión. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, XIII, 3: 135-147. 1986.

POLAINO-LORENTE, A.: *La depresión*. Martínez Roca. Barcelona, 1985a

POLAINO-LORENTE, A.: Factores socioculturales depresógenos y psicopatología de la depresión. *Formazione Psiquiátrica*. IV, 1.: 89-135. 1985b.

POLAINO-LORENTE, A., GARCÍA VILLAMISAR, D.: Análisis del estilo atribucional entre sujetos no depresivos, desvalidos y normales. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, XII: 7-25. 1985.

POLAINO-LORENTE, A., GARCÍA VILLAMISAR, D.: Análisis experimental de los déficit motivacionales y cognitivos del «Learned Helplessness» en un campione di adolescenti non depressi.



PAUL POUPARD

9. Le idee depressive del mondo contemporaneo

1. È per me una gioia condividere con voi alcune opinioni del Pontificio Consiglio della Cultura su «Le idee depressive del mondo contemporaneo». Il mio punto di vista non sarà certo quello del medico, dello psicanalista, o del sociologo, bensì quello dell'umanista cristiano che ravvisa, nella cultura dominante, numerosi punti di rottura nei quali l'uomo si trova in una situazione-limite e diventa particolarmente vulnerabile, fino a sprofondare nei vari sintomi della depressione, in cui, da Prometeo a Sisifo, la post-modernità sembra inabissarsi in Narciso.

Saluto cordialmente Vostra Eminenza, come pure i suoi collaboratori del Pontificio Consiglio per Pastorale della Salute. Il tema della depressione merita la più grand'attenzione da parte della Chiesa, e mi auguro che i lavori di questa XVIII Conferenza possano apportarvi un contributo.

2. I medici definiscono la depressione come «una turba patologica dell'umore» che si manifesta, tra le altre cose, con una tristezza dilagante, idee cupe, il ripiegamento su se stessi e l'ossessione della morte. La depressione viene vissuta come un fallimento, l'esperienza del vuoto che devasta un'intera vita e la fa scivolare in un baratro. La persona depressa pensa di non potersi più battere, di ritrovarsi in un abisso, di essere in balia di una marea che destruttura, stritola e fa affogare. Poi viene la paura, che arriva a diventare terrore. Nei suoi occhi, è presente la luce sconvolta di chi ha creduto di vedere il nulla. La noia l'afferra. La volontà l'abbandona. L'indifferenza la paralizza. Nulla ha più senso: una nausea tenace l'invade, fino alla disperazione e alla voglia di morire.

Questo dramma interiore che

colpisce un numero troppo grande di persone, uomini e donne, giovani e adulti, ricchi e poveri, artisti e grandi di questo mondo, come pure sportivi e umili artigiani, trova indubbiamente nella cultura contemporanea dei fattori aggravanti che si traducono nelle cifre e nelle statistiche che conosciamo e che ci inquietano. Tutto avviene come se la cultura dominante provocasse nei nostri contemporanei – per usare un'immagine presa in prestito dalla geologia – un'incrinatura nel più profondo del loro essere, poi una crepa, e infine una fenditura tra placche d'identità che invece dovrebbe congiungere per lo sviluppo delle molteplici potenzialità di cui disponiamo. Disgiunte, tali «placche» permettono che si intrufoli la depressione, portatrice di regressione verso sé e di aggressione verso l'altro, nel disprezzo di un ideale di vita e dei suoi valori che strutturano la personalità.

Dieci anni fa, il nostro amico Tony Anatrella, in un saggio diceva «No» alla società depressiva, «minacciata d'implosione, in cui l'individuo, in assenza di ogni progetto e di ogni dimensione a lui esterna, si trova ricondotto alla sua sola soggettività... Un «tête à tête» distruttore in una interiorità in crisi e una vita pulsionale che si installa nei primi stadi; regressione che ha come effetto anche quello di dissolvere il legame sociale nel disprezzo delle radici della nostra civiltà»¹.

3. La persona umana, in effetti, è ricca di una grande varietà di dimensioni, ed è dal loro fiorire che nasce la cultura, fonte della civiltà nei suoi svariati elementi: «Con il termine generico di «cultura» – sottolinea il Concilio Vaticano II nella Costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo con-

temporaneo – si vogliono indicare tutti quei mezzi con i quali l'uomo affina e sviluppa le molteplici capacità della sua anima e del suo corpo; procura di ridurre in suo potere il cosmo stesso con la conoscenza e il lavoro; rende più umana la vita sociale, sia nella famiglia che in tutta la società civile, mediante il progresso del costume e delle istituzioni; infine, con l'andar del tempo, esprime, comunica e conserva nelle sue opere le grandi esperienze e aspirazioni spirituali, affinché possano servire al progresso di molti, anzi di tutto il genere umano» (*Gaudium et spes*, 53).

Non c'è cultura se non quella dell'uomo, mediante l'uomo e per l'uomo. Il Documento del Pontificio Consiglio per la Cultura, Per una pastorale della cultura, ricorda che «la cultura è così connaturata nell'uomo che la sua natura non ha volto se non quando si realizza nella sua cultura»². Occorre dunque discernere ciò che, nella cultura dominante, snatura l'uomo e nuoce al suo sviluppo, «nella sua intelligenza e la sua affettività, la sua ricerca di senso, i suoi costumi e i suoi riferimenti etici e la sua apertura alla trascendenza». I contro-valori che sfaldano l'armonia di una cultura, ambito nel quale gli uomini e i popoli coltivano la loro relazione con la natura e con i loro fratelli, con se stessi e con Dio, sono il prodotto di idee depressive che portano in embrione la distruzione dell'umanità dell'uomo e la sfigurano, al punto da renderla incapace di riconoscersi in quel che vive.

4. La vita umana si realizza nelle diverse modalità dell'attività umana. Esistere, per l'uomo, non vuol dire esistere *simpliciter*: egli è ovunque e allo stesso tempo *homo faber* e *homo amicus*, *homo*

politicus e *homo sapiens*, e – ne siamo tutti convinti – *homo religiosus*. Secondo i filosofi, l'unità si acquisisce sia secondo la forma, sia secondo il fine. Constatiamo che una persona umana è perfettamente «unificata» a seconda che sia pienamente legata al suo fine, e non soltanto per il soggetto stesso che agisce. L'unità personale di un essere, ciò per il quale egli riconosce se stesso, in conformità a ciò che tenta di costruire e che fa di lui un essere unico, originale, differente dagli altri, si costruisce nella propria capacità di raggiungere il fine per il quale si è impegnato in un progetto di vita. Saranno dunque le esigenze del lavoro, dell'amicizia, della vita sociale e dell'intelligenza, unite a quelle dell'aspirazione alla trascendenza che permetteranno all'uomo, inserito in una cultura – a condizione, certo, d'essere riunite – di unificare la propria vita in uno sviluppo armonioso delle potenzialità che lo animano. Se l'unità della persona è quella dello spirito, va da sé che questo spirito nell'uomo è incarnato e si realizza unicamente in una dimensione esistenziale e non astratta.

Al contrario, la radice della perdita dell'unità personale si colloca nelle idee dominanti della cultura attuale che tendono a disprezzare il lavoro, a snaturare i legami tra gli uomini, tanto nell'amicizia quanto nella vita sociale, a chiudere lo sviluppo dell'intelligenza in una «impasse», e a far deviare l'uomo nel suo cammino verso Dio. Vorrei chiamare queste idee depressive, in quanto sono causa di un'esplosione nelle culture, che rischia di porre le donne e gli uomini del nostro tempo in quelle che il filosofo Jaspers chiama «situazioni-limite», profondamente destabilizzanti e fattori di esplosione della personalità. Sono come dei muri che si innalzano davanti a noi sotto l'influenza delle idee depressive. Per abbatterli occorrono forza, perseveranza e lucidità, con l'aiuto della grazia di Dio. Ma spetta ugualmente alla Chiesa proporre un'alternativa a queste idee, in un'autentica pastorale della cultura ispirata dall'umanesimo cristiano, a sua volta nutrito dal Vangelo.

5. L'uomo è «primitivamente» *homo faber*. La dimensione del lavoro, la produzione di opere belle e buone – *kala kagata*, dicevano gli antichi greci –, di tutto ciò che è utile alla vita quotidiana degli individui e dei popoli, è fondamentale per la vita dell'uomo e costitutiva della sua natura. Come sappiamo, è attraverso il lavoro che l'uomo entra in contatto con l'universo, che «dialoga» con la materia per conoscerla e trasformarla, nel rispetto del suo ordine intrinseco. Se l'opera prodotta nel lavoro non finalizza l'uomo in senso stretto, vediamo che tutte le situazioni limite vissute nell'ordine del fare, hanno le maggiori ripercussioni a livello psicologico. È che il lavoro è l'attività più cosciente dell'uomo, che costituisce un condizionamento estremamente forte, se non addirittura dominante, della nostra vita quotidiana. Come sottolinea Papa Paolo VI nell'Enciclica *Populorum progressio*: «Dio, che ha dotato l'uomo d'intelligenza, d'immaginazione e di sensibilità, gli ha in tal modo fornito il mezzo onde portare in certo modo a compimento la sua opera: sia egli artista o artigiano, imprenditore, operaio o contadino, ogni lavoratore è un creatore... Diremo di più: vissuto in comune, condividendo speranze, sofferenze, ambizioni e gioie, il lavoro unisce le volontà, ravvicina gli spiriti e fonde i cuori: nel compierlo, gli uomini si scoprono fratelli»³. I fallimenti in questo campo avranno, di conseguenza, importanti ripercussioni sull'equilibrio psicologico. Si tratta dunque di smascherare le idee depressive della cultura dominante in quest'ambito, che conducono all'impasse e snaturano la dimensione umana dell'attività artistica e del lavoro dell'uomo.

Nel campo delle arti propriamente dette, va da sé che la concezione di un'arte senza valore ideale, la promozione di opere che hanno senso solo per un pubblico di cui nutrono l'immaginazione morbosa proponendo nei suoi riguardi l'esposizione delle zone più oscure della psicologia di uomini e donne disorientati, offrono un terreno favorevole alla depressione. Nella Lettera agli artisti della Pasqua del 1999, che ho avuto la gioia di presentare alla

stampa internazionale, il Santo Padre Giovanni Paolo II, citando il suo compatriota Cyprian Norwid, afferma: «La bellezza è per suscitare l'entusiasmo nel lavoro, il lavoro è per rinascere». Non c'è dubbio che una sinfonia di Beethoven, la Pietà di Michelangelo e le Madonne di Botticelli introducano, attraverso la bellezza, in un mondo di senso. Al contrario, le opere contemporanee, espressive di una bruttezza corrotta, fanno pensare, nella loro provocazione, che non ci sia senso in nessuna cosa e che l'abisso sia il principio e la fine di tutte le cose. Queste devianze dell'arte contemporanea trovano, in parte, origine nella concezione di Nietzsche del Superuomo, idea depressiva per eccellenza, in quanto essa intro-



duce nel sentimento di un'identità creatrice assoluta totalmente illusoria. Non c'è, in effetti, nulla di più destabilizzante dell'illusione insormontabile, fonte di chiusura, e la tentazione del super-io apre un abisso che, prima o poi, provoca la vertigine di colui che ha l'ingenuità di credersi dio nell'esaltazione di scoprirsi creatore.

6. L'attività del *facere* ha anche per finalità il miglioramento delle condizioni di vita dell'uomo. Lo sviluppo dell'industria, conseguenza dei progressi della tecnica, la globalizzazione del commercio

e della finanza internazionale, la standardizzazione dei prodotti generata dalla capacità singolare dei media di diffondere in tutto il mondo modelli unici che, spesso, non hanno altro valore se non quello di essere redditizi, sono altrettante conseguenze di una concezione depressiva della società. Questo mondo industrializzato promosso dalle ambizioni economiche di alcuni «potenti» a scapito delle idee più nobili dello sviluppo – «il nuovo nome della pace», per usare l'espressione di Paolo VI nell'Enciclica *Populorum progressio* citata più avanti – e della giustizia distributiva – che richiede la ripartizione delle ricchezze –, è la conseguenza di idee depressive ampiamente diffuse nella società moderna. Il Papa Giovanni Paolo II dice la stessa cosa quando denuncia le «strutture di peccato»: si tratta dello sviluppo, voluto da alcuni, di strutture gigantesche che generano profitti giganteschi, a totale detrimento della dignità umana, e che non hanno altre conseguenze se non la distruzione della persona umana, aprendo vere sorgenti di depressione. È questo il tema dell'Enciclica *Laborem exercens* già citata, in cui il Papa tratta del «lavoro, chiave della questione sociale» e offre una forte analisi delle idee depressive del mondo contemporaneo nell'ambito del lavoro umano, snaturato nella sua essenza profonda dalle «varie correnti del pensiero materialistico ed economicistico» (n. 7).

In questi ultimi anni è sorta una nuova sfida. L'artigiano, quando produce la sua opera, lavora una materia di cui apprende un certo realismo: egli scopre il divenire inerente alle «cose», l'ordine della natura di cui non è autore né padrone, e questo contatto lo nobilita impegnandolo, allo stesso tempo, nella via dell'umiltà. Oggi constatiamo con profonda tristezza che un numero non disprezzabile di scienziati intende intervenire sulla vita, a scapito dell'ordine fondamentale iscritto nella natura, a tutti i livelli delle sue diverse manifestazioni. Lo scopo dichiarato è di «produrre» esseri umani mediante la tecnica della clonazione. Non c'è qui una delle idee depressive più terrificanti che l'umanità abbia

mai potuto immaginare? La tentazione di un super-io assoluto che si esprime con lo scienziato nella sua capacità di «fabbricare» l'essere più perfetto dell'universo, deriva senza dubbio dall'ordine della meta-tentazione e non può, a lungo termine, che affondare l'umanità stessa in una depressione terrificante: la vita non sarebbe più il frutto di un amore condiviso e di una libertà responsabile. Cosa diventerebbe la libertà di concepire – che è spesso la sola vera ricchezza dei più poveri – di fronte al «lavoro» di scienziati preoccupati di «fabbricare» una razza superiore? Bisognerebbe allora legiferare, limitare e, di conseguenza, attentare a questa libertà? Più che verso un'impasse, è sull'orlo di un precipizio spaventoso che una scienza deviata rischia di trascinare l'umanità.

7. L'uomo è homo amicus. Capace di entrare in relazione con il proprio simile, egli scopre nell'altro una persona in grado di condividere con lui «le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce» della sua vita quotidiana. L'amicizia si realizza in un dono personale reciproco, basato sul rispetto, la fiducia e la fedeltà. Essa permette lo scambio di «segreti» la cui condivisione manifesta la comunione tra due esseri e suggella l'armonia delle loro volontà. La morte dell'amicizia – e il tradimento del segreto ne è una –, l'incapacità di farsi degli amici, che chiude nella solitudine, le devianze degli sguardi che non considerano più l'altro come oggetto di desiderio, tutte le malattie del non-amore che si sviluppano nella cultura dominante, non possono non comportare conseguenze drammatiche sull'equilibrio delle persone di cui favoriscono la depressione, privandole di quell'amicizia che le finalizza nel loro senso peculiare. Anche qui possiamo fare riferimento alle Encicliche del Santo Padre: penso in particolare a *Veritatis splendor*, ma anche a *Evangelium vitae* e a *Fides et ratio* che offrono analisi approfondite delle idee depressive nei diversi ambiti della morale, della concezione dell'essere umano e della vita, dell'orientamento dell'intelligenza verso il vero e della volontà verso il bene.

La cultura, quell'ambiente in cui ci sviluppiamo come persone umane, condiziona inevitabilmente il nostro modo di percepire l'altro. La raffinatezza di un'educazione sviluppatasi nel corso dei secoli in tutta una società irrigata dalle umanità greco-latine e ispirata dal Vangelo, ha prodotto frutti notevoli nella regolazione dei modi di vivere nella società. L'educazione alla virtù, la presentazione di modelli di coraggio e fedeltà – penso all'ideale greco di Omero proposto alle giovani generazioni attraverso i personaggi mitici di Ulisse e Antigone – e la coscienza del bene da perseguire e del male da respingere con decisione, permettono agli uomini e alle donne di vivere in giusta armonia e di intrattenere legami d'amore e amicizia durevoli.

Contrariamente, la filosofia sartriana de «l'inferno è l'altro», la visione psicanalitica freudiana che riduce l'uomo alle sue pulsioni, l'orchestrazione di campagne pubblicitarie che esaltano il corpo femminile in un estetismo ingannatore artificialmente ritoccato, il forte invito alla sessualità – spesso inconfessata – anche in età precoce, mentre la personalità del giovane non si è ancora costruita, sono tutte idee depressive della cultura del mondo contemporaneo. I danni dei *feuilletons* popolari che si riversano a basso costo nelle catene televisive, fin nelle regioni più sperdute del mondo, sono sicuramente il prodotto di idee depressive il cui scopo è quello di fare soldi, a totale discapito dei valori che permettono all'uomo di svilupparsi come immagine e somiglianza del suo Creatore e Padre. L'audience ostinatamente perseguita si traduce in un'esaltazione esacerbata dei sensi. Lo scopo dichiarato è di eccitare le concupiscenze spingendo all'estremo i limiti che la società tollera, ma che non smette di far retrocedere, mentre l'intollerabile di ieri diventa il banale di oggi. Gli effetti sono drammatici, li conoscete, e non voglio indugiare nel descriverli.

Voglio tuttavia mettere in evidenza gli effetti distruttivi di questa invadente cultura mediatica sulla famiglia, nucleo fondamentale della società. Constatiamo che la cultura del mondo contempora-

neo è portatrice di idee sulla famiglia che conducono alla sua rottura, cioè alla sua distruzione, il che non è privo di incidenze sulla società. La duplice finalità del matrimonio, l'amore reciproco degli sposi e la procreazione che ne è il frutto, è gravemente rimessa in questione dallo sviluppo dell'ideologia del «tutto è permesso» e di una ricerca «ad ogni costo» dello sviluppo personale. Secondo le idee diffuse, la donna troverà il proprio sviluppo solo nell'autonomia – in realtà illusoria – che le darà un lavoro al di fuori della casa, e non nella bellezza di una maternità fiorita in famiglia e nell'educazione appassionante della «carne della sua carne». Constatiamo che l'idea che solo il preservativo protegga efficacemente dall'AIDS, non è soltanto una scorciatoia vergognosa che inganna sulla natura stessa della sessualità umana, bensì esso impedisce che si ponga la questione fondamentale per il pieno sviluppo dell'uomo: quale genere di relazione introduce tra le persone? Una riflessione approfondita su questo argomento vi troverebbe certamente una delle idee depressive più destabilizzanti della cultura dominante. Per ciò che riguarda le idee depressive del mondo contemporaneo che mettono in pericolo il matrimonio e la famiglia, mi permetto di rinviarvi ad un altro importante documento del Santo Padre, l'Esortazione apostolica *Familiaris consortio*, frutto del Sinodo dei Vescovi del 1980.

8. L'*homo politicus* è, anch'esso, soggetto a concezioni depressive diffuse dalla cultura moderna. Non è questo il luogo per affrontare l'ampio argomento dell'uomo e la politica, ma ognuno sa, in tutto il mondo, quali situazioni di ingiustizia e di non diritto generano le idee machiavelliche che regolano i sistemi politici di numerose nazioni. Alcune delle idee depressive diffuse nel mondo contemporaneo trovano origine nella maniera con cui sono trattate le persone nella società moderna. Non è senza significato il fatto che il Papa Giovanni Paolo II abbia provato il bisogno di scrivere diverse Lettere indirizzate a gruppi di persone che subiscono, a causa delle idee de-

pressive ampiamente diffuse, situazioni di ingiustizia e di non rispetto della loro dignità. Così, la *Lettera alle famiglie* del 2 febbraio 1994, la *Lettera ai bambini* del 13 dicembre 1994, la *Lettera alle donne* del 29 giugno 1995, la *Lettera agli artisti* del 4 aprile 1999, e la *Lettera agli anziani* del 1° ottobre 1999. Non dimentico poi la *Lettera ai sacerdoti* del Giovedì Santo di quest'anno: i sacerdoti, così come l'insieme delle persone consacrate, sono continuamente di fronte alle sfide poste dalle idee depressive e le comunità cristiane nelle nostre società individualizzate devono adoperarsi per aiutarli a proteggersene.



9. L'uomo è anche *homo scientificus*. L'esplosione del sapere scientifico, la perdita di una Saggezza che unifica le conoscenze e le ordina all'uomo, centro e culmine della creazione, le tentazioni che ho rivelato del super-uomo di Nietzsche che, attraverso i progressi della tecnica nell'ambito delle scienze della vita, apre orizzonti gravi di incertezza per l'umanità, sono altre situazioni che generano idee depressive. Allo stesso tempo, il dramma della separazione tra fede e ragione genera, nelle sue conseguenze nefaste, numerose idee depressive particolarmente tenaci. «Come conseguenza della crisi del razionalismo ha preso corpo, infine, il nichilismo. Quale filosofia del nulla, esso riesce ad esercitare un suo

fascino sui nostri contemporanei... Nell'interpretazione nichilista, l'esistenza è solo un'opportunità per sensazioni ed esperienze in cui l'effimero ha il primato» (*Fides et ratio*, n. 46).

Il Concilio Vaticano II ha riaffermato la legittima autonomia delle scienze nel campo della ricerca che è loro propria, e ha rifiutato a chiunque il diritto di dettare dall'esterno come condurre la ricerca. L'unico limite è quello della dignità dell'uomo. In effetti, i progressi della scienza contribuiscono a un progresso spettacolare della tecnica e conferiscono all'uomo un potere il cui uso non è indenne dal porre gravi questioni. Come, in effetti, non constatare che il progresso in molte nostre conoscenze è lungi dall'essere sempre accompagnato da un uguale progresso dei valori morali. La scienza ha un limite, in quanto ne va della dignità dell'uomo, quell'uomo che è il soggetto e il fine di tutte le sue conoscenze. La scienza perde la propria dignità di sapere umano quando i suoi progressi avvengono a prezzo della violazione della dignità umana. Invertire la relazione del sapere all'uomo, del sapere per l'uomo, significherebbe tornare alla cupa e disumana esperienza di Auschwitz, in cui i medici compivano esperimenti sui deportati, considerati, nella logica nazista, come esseri inferiori e non più come persone. Di fronte alla tentazione dei recenti sviluppi della ricerca biogenetica e delle sperimentazioni di clonazione di embrioni umani considerati come semplici oggetti, occorre ribadire ancora una volta che non potrà mai essere riconosciuto come vero progresso quello che riduce l'uomo a un oggetto.

La cultura della verità è senza dubbio l'anti-depressivo dell'intelligenza che, per essere se stessa, deve ritrovare il proprio orientamento fondamentale verso la verità. È ciò che sviluppa il Santo Padre nell'Enciclica magistrale *Fides et ratio*, in cui offre una riflessione sulle radici stesse delle idee depressive che snaturano e oscurano la ragione. «Non è da dimenticare, d'altra parte, che nella cultura moderna – constata Giovanni Paolo II – è venuto a cambiare il ruolo stesso della filosofia.

Da saggezza e sapere universale, essa si è ridotta progressivamente a una delle tante province del sapere umano; per alcuni aspetti, anzi, è stata limitata a un ruolo del tutto marginale. Altre forme di razionalità si sono nel frattempo affermate con sempre maggior rilievo, ponendo in evidenza la marginalità del sapere filosofico. Invece che verso la contemplazione della verità e la ricerca del fine ultimo e del senso della vita, queste forme di razionalità sono orientate – o almeno orientabili – come “ragione strumentale” al servizio di fini utilitaristici, di fruizione o di potere» (n. 47). E, riferendosi alla sua prima enciclica, *Redemptor hominis* del 4 marzo 1979, il papa-filosofo fa risaltare le conseguenze di una tale devianza della ragione nel campo del lavoro: «L'uomo di oggi sembra essere sempre minacciato da ciò che produce, cioè dal risultato del lavoro delle sue mani e, ancor più, del lavoro del suo intelletto, delle tendenze della sua volontà. I frutti di questa multiforme attività dell'uomo, troppo presto e in modo spesso imprevedibile, sono non soltanto e non tanto oggetto di “alienazione”, nel senso che vengono semplicemente tolti a colui che li ha prodotti; quanto, almeno parzialmente, in una cerchia conseguente e indiretta dei loro effetti, questi frutti si rivolgono contro l'uomo stesso. Essi sono, infatti, diretti, o possono essere diretti contro di lui. In questo sembra consistere l'atto principale del dramma dell'esistenza umana contemporanea, nella sua più larga e universale dimensione. L'uomo, pertanto, vive sempre più nella paura. Egli teme che i suoi prodotti, naturalmente non tutti e non nella maggior parte, ma alcuni e proprio quelli che contengono una speciale porzione della sua genialità e della sua iniziativa, possano essere rivolti in modo radicale contro lui stesso» (*Fides et ratio*, n. 47). Siamo qui al fondamento delle idee depressive del mondo contemporaneo, in cui il grido di Nietzsche de «la morte di Dio» pone la questione tragica de «la morte dell'uomo».

L'antropologia postmoderna scavava un abisso depressivo senza precedenti, da Michel Foucault a Claude Levi-Straus. Il primo pro-

pone di incamminare l'uomo verso un « sonno antropologico », che, grazie all'eutanasia strutturalista, potrebbe diventare una vera « morte dell'uomo »⁴. E il secondo conclude la sua tetralogia mitologica, non – afferma – come Wagner, con il crepuscolo degli dei, ma con il « crepuscolo degli uomini », con la parola « nulla »⁵.

10. Voi sapete che lo studio della non-credenza e dell'indifferenza religiosa è uno dei compiti principali affidati dal Santo Padre al Pontificio Consiglio per la Cultura. Proprio su questo tema verteranno i lavori della prossima Plenaria del nostro Dicastero, nel mese di marzo 2004. Oggi constatiamo che non esiste più una geografia precisa della non-credenza, come il Muro di Berlino, di triste memoria. Ma se le 300 risposte ricevute alla nostra inchiesta preparatoria ci mostrano un ateismo militante che sta perdendo vigore e senza grande influenza, esse sottolineano pure che si sviluppa, soprattutto nelle culture di tradizione cristiana, un atteggiamento di disprezzo, ostilità e derisione nei confronti della religione – e soprattutto di quella cristiana – che i poteri mezzi di comunicazione moderni diffondono senza vergogna.

Oggi ci troviamo di fronte ad una diluizione del sentimento religioso in una cultura falsamente asettica. Il Santo Padre, nell'Esortazione apostolica *Eccelesia in Europa*, mette in guardia il continente europeo contro la tentazione de «l'offuscamento della speranza» in questi tempi che gli appaiono come «una stagione di smarrimento» (n. 7). Tra le idee depressive che si presentano come una sfida alla speranza cristiana, come non interrogarsi su quella strana facoltà che appare oggi in pieno giorno di totale amnesia delle radici cristiane che hanno dato e continuano a dare vita ad una cultura di una fecondità prodigiosa, e l'afasia drammatica di intellettuali e responsabili politici che pretendono di agire in nome dell'umanesimo, ma che invece mutilano gravemente l'uomo, nell'oblio della sua origine e del suo termine. Un'aggiunta di scetticismo non può strutturare un'esistenza. E la cul-

tura che rifiuta l'assoluto è arrivata ad assolutizzare il relativo, tanto è vero che una società di miscredenti non può fare a meno di credere. Il secolo scorso ha così tragicamente idolatrato, con conseguenze letali, la razza, la classe, l'etnia e la scienza. La cultura dominante esacerba la pulsione dei desideri, la ricerca dei piaceri, l'inseguimento dell'avere, del sapere e del potere. Ma, privato del suo ancoraggio in Dio, l'uomo creato a sua immagine e somiglianza non sa più ritrovare il proprio volto in uno specchio ridotto in frantumi. Ogni scheggia rinvia solo una parte di immagine. I frammenti sono presi per un tutto, la cui coerenza si è dissolta in frammenti. Che si tratti dell'economia, della politica, della famiglia, della vita sociale o dei media, l'immagine incompleta che riflette ciascuno dei frammenti è ridotta e come ferita, il che comporta una mancanza crescente di fiducia dell'essere umano nei confronti della propria umanità. La persona diventa fragile, il tessuto sociale si smaglia, la nazione si disfa. Vediamo deperire dei popoli che traboccano di benessere, ma che non hanno più essenza. La valutazione eccessiva del piacere sessuale li priva della gioia insostituibile della paternità e della maternità. Questa dissociazione mortale sulla quale il Papa Paolo VI ha invano cercato di attirare l'attenzione distorta della cultura dominante, oltre 35 anni fa, nella sua Enciclica *Humanae vitae*, è senza dubbio la minaccia depressiva più drammatica della cultura egemonica dei Paesi ricchi: «l'amore» senza figli e i figli senza amore. Molti bambini oggi si sentono morire per il fatto di essere orfani. Essi hanno disperatamente bisogno di essere amati. E si immergono in un oceano di immagini la cui abbondanza devastatrice li distruttura, in quest'altra dissociazione mortalmente depressiva tra l'ipertrofia dei mezzi di cui disponiamo e l'atrofia dei fini che perseguiamo.

11. L'homo religiosus. Cari amici, le idee depressive della cultura nel mondo contemporaneo sono un'infinità, e si presentano sotto molteplici aspetti che mettono in pericolo l'umanità dell'uo-

mo. Di fronte al vuoto esistenziale in cui queste idee introducono, e per affrontare tutti i condizionamenti senza esserne vittima, Viktor Frankl, neurologo di Vienna, professore ad Harvard, Stanford, Pittsburgh e Dallas, morto a 92 anni nel 1997, rivendica, nel suo libro troppo spesso dimenticato *Le dieu inconscient*, «il potere di contestazione dello spirito». Egli parte dal principio che «l'esigenza fondamentale dell'uomo non è né l'appagamento sessuale né la valorizzazione di sé, bensì la pienezza di senso»⁶. In questa affermazione lapidaria che mette a soqquadro la filosofia depressiva della scuola freudiana, appare il problema de «la volontà di senso». Le nevrosi che assillano le ricerche di certi psicologi e psichiatri e che aprono così facilmente la via alla depressione, sono anzitutto l'espressione di un essere frustrato e dunque incline alla vertigine del vuoto esistenziale. L'uomo moderno, in preda alle idee depressi-

ve del mondo contemporaneo, è toccato nel più profondo di se stesso nelle sue ragioni di vivere. È qui, al cuore dei suoi desideri, e fino ai suoi sconcerti e alle sue frustrazioni esistenziali, che dobbiamo raggiungerlo. A questo scopo, ci viene offerto il cammino del Vangelo, creatore di cultura in quanto portatore della Verità dell'uomo, e della Verità sull'uomo, rivelata da quel Dio che ha assunto volto d'uomo in Gesù Cristo, Figlio della vergine Maria, per condividere con noi l'amore del Padre.

L'antidoto alle idee depressive del nostro tempo è la fede in Colui che ci ha detto: «Io sono la via, la verità e la vita». Il Vangelo ci fa partecipi del segreto della gioia apportataci da Cristo e che ci permette di vivere i giorni della settimana con un cuore vestito a festa.

La gioia è il dono di Dio di cui la Chiesa è portatrice per le nostre culture depressive. «Io amo i sacerdoti – confida Julien Green nel

suo *Journal* – che vengono dal Nuovo Testamento con la Buona Novella negli occhi». «La gioia – scriveva Paul Claudel – è la prima e l'ultima parola del Vangelo»⁷.

S.Em.za Card. PAUL POUPARD
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Cultura
Santa Sede

Note

¹ Flammarion, 1993.

² Pontificio Consiglio per la Cultura, *Per una pastorale della cultura*, Pentecoste 1999, n. 2.

³ PAOLO VI, *Populorum progressio*, Pasqua 1967, n. 27; cf. GIOVANNI PAOLO II, *Laborem Exercens*, 14 settembre 1981, n. 4-10.

⁴ MICHEL FOUCAULT, *Les mots et les choses*, Gallimard, 1966.

⁵ CLAUDE LÉVI-STRAUSS, *L'homme nu*, Plon, 1971.

⁶ VIKTOR FRANKL, *Le dieu inconscient*, Coll. Religion et sciences de l'homme, Edition du Centurion, 1975, p. 92-93.

⁷ Cf. PAUL POUPARD, *Le christianisme à l'aube du III^{ème} millénaire*, III, L'avenir est à l'espérance, Plon-Mame, 1999, p. 248.



FIORENZA DERIU, DANIEL CABEZAS, ROSA MEROLA

10. Risultati di un'inchiesta sulla salute mentale: un focus sulla depressione

Gli interventi che mi hanno preceduta in questa interessante prima giornata di Conferenza hanno chiaramente messo in luce come nella salute mentale, in modo davvero particolare, si coniughino due elementi inscindibili: il mal-essere esistenziale e il mal-essere biologico. All'interno del concetto di mal-essere esistenziale, è possibile individuare tre ulteriori spazi di significato riferibili rispettivamente alla dimensione psicologica, spirituale e sociale della persona umana. Dalla letteratura disponibile e non ultimo dalle informazioni fornite dall'OMS risulta che il manifestarsi dello stato depressivo è riferibile sia a fattori biologici e comportamentali dell'individuo, sia alle sue condizioni di vita: la povertà o la ricchezza, la privazione, sia dal punto di vista formativo che occupazionale, la mancanza di prospettive, la solitudine e l'isolamento sociale, le tensioni familiari o lavorative. È una malattia comune, che può colpire ognuno di noi, che non risente in modo particolare delle differenze di genere, anche se più frequente tra le giovani donne, né delle differenze di età. In una prospettiva sociologica potremmo dire che il mal-essere sociale si intreccia variamente con quello individuale, sovrapponendosi ad esso, talora determinandolo. Lo studio della psicopatologia depressiva, quindi, se condotto in una prospettiva esclusivamente micro, ossia riferita unicamente alla dimensione psicologica dell'individuo, potrebbe risultare riduttivo.

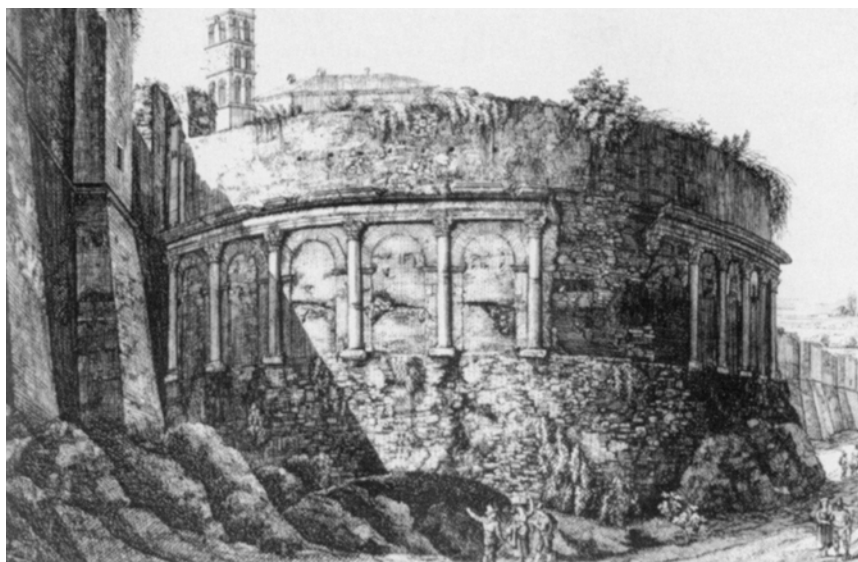
Pertanto, nella definizione del disegno di ricerca, ed in particolare nella costruzione degli strumenti di rilevazione delle informazioni si è scelto un approccio misto, che tenesse conto di tutte le dimensioni sopra indicate ma in una prospet-

va macro, al fine di individuare una serie di elementi costitutivi della nostra società, che in qualche modo "agiscono l'individuo", per dirla alla Durkheim¹, pur riconoscendo alla persona e alla sua volontà la capacità di reazione e di direzione della propria esistenza.

L'ipotesi di lavoro. A partire da una concezione olistica dell'uomo e accettando l'assunto teorico che definisce la malattia mentale, e in particolare la depressione, una malattia in cui confluiscono elementi di carattere biologico, psicologico, spirituale e sociale, si è inteso verificare se alcuni fattori psico-sociali che possono favorirne la manifestazione quali l'esposizione diffusa al rischio di sperimentare nel corso della vita eventi critici che innestano processi di privazione, esclusione ed emarginazione sociale; l'inadeguatezza dei sistemi di protezione sociale; la criticità dei contesti familiari contemporanei, siano anche espressione della crisi dei valori culturali e religiosi delle società contemporanee.

Gli obiettivi dell'indagine condotta dal Pontificio Consiglio possono essere così riassunti: la definizione di alcune strutture latenti del contesto socio-culturale e familiare in cui le malattie mentali si manifestano; l'individuazione nelle Chiese locali di programmi pastorali sul tema; l'individuazione delle strutture cattoliche di assistenza, accompagnamento e cura dei pazienti e dei loro familiari, e la descrizione dei diversi modelli di intervento; il confronto tra la percezione del fenomeno da parte dei Vescovi con l'esperienza maturata sul campo dai responsabili dei centri cattolici individuati.

La metodologia: questa indagine è stata condotta con una metodologia diversa rispetto a quella adottata nelle indagini degli anni passati che hanno visto questo Dicastero impegnato sui temi della salute delle donne, dell'AIDS e degli ospedali cattolici. Data, infatti, la sensibilità dell'argomento trattato, è stato ritenuto opportuno riferirsi a due differenti unità di ri-



levazione: 127 Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria in 121 Paesi di tutto il mondo, da una parte; i responsabili di centri o strutture cattoliche di assistenza per pazienti con problemi di salute mentale, dall'altra. Pertanto, sono stati costruiti due diversi strumenti di rilevazione, ovvero due questionari, all'interno dei quali, però, è stato previsto l'inserimento di una batteria di domande comune, al fine di poter effettuare un confronto tra la percezione del fenomeno da parte dei Vescovi e l'esperienza sul campo dei responsabili dei centri contattati. La ricerca è ancora in corso, pertanto i risultati sono provvisori e necessariamente parziali, data la numerosità degli aspetti affrontati nel corso dell'indagine. Si cercherà, quindi, di presentare solo quei dati che possono offrire, in questo contesto, alcuni spunti di riflessione sulla psicopatologia depressiva.

Tuttavia, già da un primo esame dello stato di avanzamento dell'indagine, risulta evidente, a conferma di quanto ci aspettavamo, quanto questo tema incontri difficoltà a farsi strada, nel mondo della Pastorale sanitaria: il tasso di risposta, finora, pari a poco più del 20% è di gran lunga al di sotto delle indagini condotte in precedenza da questo Dicastero. La malattia mentale continua a rimanere la "cenerentola" delle questioni socio-sanitarie e di impegno pastorale. Tuttavia, rimane lo spazio per chiederci se, forse, proprio laddove la mente umana si "perde" non sia ancor più necessario se non indispensabile il sostegno dello spirito, il calore di un conforto che vada oltre la presa in carico e la cura, per aprire la persona sofferente ad uno spazio di fiducia e speranza.

Un aspetto importante registrato con questa indagine è dato dal fatto di aver creato l'occasione per disegnare una mappatura delle strutture cattoliche operanti in questo ambito dell'assistenza e della Pastorale sanitaria (31 finora), arricchita da numerose informazioni sulla tipologia delle strutture medesime; sul numero e la tipologia delle figure professionali ivi coinvolte; sulle fonti di finanziamento; sui servizi offerti e le li-

ste di attesa; sulle caratteristiche sociodemografiche dell'utenza; sulle patologie o disturbi mentali prevalenti; sulle modalità di approccio al paziente e sui percorsi terapeutici innovativi; sulle attività previste a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria; sui collegamenti con le realtà istituzionali formali e informali del territorio; sui corsi di formazione pastorale e sullo studio ed approfondimento di questioni etiche connesse con la cura e il trattamento della persona con problemi di salute mentale.

I primi risultati

Anzitutto è interessante partire dall'analisi dei risultati emersi dalle risposte alla batteria di domande comune ai due rispondenti: i Vescovi e i responsabili dei centri.

Nella prima parte di questa batteria di domande è stato chiesto agli intervistati di esprimersi su alcuni aspetti della società contemporanea del proprio Paese che ritenessero potesse influire sull'origine e la diffusione delle malattie mentali, con particolare riferimento ai disturbi depressivi. Questi aspetti erano stati preventivamente raggruppati in tre macroaree relative al sistema dei valori culturali e religiosi, alle situazioni a rischio e ai sistemi di protezione sociale.

L'analisi congiunta delle risposte relative alle "situazioni a rischio" e ai "sistemi di protezione sociale" dei vari Paesi consente di definire alcune strutture latenti del profilo sociale all'interno del quale origina e si alimenta la psicopatologia depressiva. Sembrerebbero essere proprio alcuni fattori sociali a mettere in crisi la persona. In particolare dalle informazioni contenute in questa tabella emergono la difficoltà di collocamento al lavoro e la sua precarietà, insieme all'indebolimento delle reti di aiuto intrafamiliare e alla difficoltà di gestione degli affetti. Seguono nell'ordine la povertà, le carenze formative ed i processi di esclusione sociale (Tab. 1).

Questi dati mettono in luce due importanti ambiti in cui ciascun individuo si mette in gioco senza riserve: quello del lavoro e quello della relazione. Per dirla alla Bourdieu² è lo spazio sociale in cui ciascuno impiega il proprio capitale economico e il proprio capitale sociale: in questo spazio, la persona può perdersi e non ritrovarsi più. La difficoltà nel trovare un'occupazione comporta difficoltà nell'acquisizione della propria indipendenza, nella possibilità di fare progetti per il futuro, può significare non poter mantenere la propria famiglia, non poter offrire ai propri figli le opportunità che si desiderava almeno loro

Tab. 1 – Questionario dei Vescovi (V)-Responsabili centri (R)
In base alla sua esperienza, in che misura ritiene che i seguenti aspetti della società contemporanea del suo Paese possano influire sull'origine e la diffusione delle malattie mentali?
(Analisi delle risposte multiple)

SITUAZIONI A RISCHIO	Conteggio (V-R)	Percentuale sulle risposte (V-R)	Percentuale sui casi (V-R)
Precarietà dei mezzi di sussistenza, povertà	21-24	12.5-11.2	80.8-88.9
Carenze formativo/educative	18-22	10.7-10.3	69.2-81.5
Precarietà del lavoro	21-22	12.5-10.3	80.8-81.5
Difficoltà di collocamento lavorativo	20-22	11.9-10.3	76.9-81.5
Indebolimento delle reti di aiuto e vincoli di solidarietà	18-23	10.7-10.7	69.2-85.2
Alienazione dei diritti umani	9-14	5.4-6.5	34.6-51.9
Processi di esclusione, emarginazione sociale	14-23	8.3-10.7	53.8-85.2
Guerre	6-9	3.6-4.2	23.1-33.3
Terrorismo	5-8	3.0-3.7	19.2-29.6
Diseducazione alla gestione dei sentimenti nella vita relazionale	18-19	10.7-8.9	69.2-70.4
Processi di distacco dalla realtà/ricorso alla realtà virtuale	6-8	3.6-3.7	23.1-29.6
Condizionamenti del contesto ambientale	12-20	7.1-9.3	46.2-74.1
Totali	168-214	100.0-100.0	646.2-792.6

avessero. Queste difficoltà si amplificano quando anche la dimensione relazionale si indebolisce: la crisi delle reti di aiuto familiare è un dato di fatto che interessa non solo gran parte dei paesi europei, come ci indicano le più recenti statistiche Eurostat, ma anche i Paesi più poveri in cui i processi di assimilazione e inculturazione post-coloniali hanno lacerato dalle fondamenta le culture autoctone, facendo venir meno le tradizionali forme di solidarietà e sostegno che supportavano i nuclei o le persone in difficoltà nei villaggi e nelle piccole città dell’entroterra. L’esperienza umana sembrerebbe precipitare verso una sempre più accentuata dimensione individualistica che si traduce in una diseducazione a esprimere i propri sentimenti nella vita relazionale: l’incapacità di guardare e di aprirsi all’altro con fiducia, la difficoltà di superare la solitudine in una società poco accogliente e poco attenta ai bisogni della persona.

Ma allora la malattia mentale, e la depressione in modo particolare, hanno qualcosa a che fare con i sistemi di protezione sociale? Da una prima analisi di questo gruppo di risposte la depressione sembrerebbe aver molto a che fare con governi che sostengono una cultura che propone dei modelli di comportamento improntati al successo, alla ricchezza e all’affermazione, ma che non riesce a garantire sufficiente equità nelle politiche sanitarie, economiche e sociali.

Tab. 2 – Questionario dei Vescovi (V)-Responsabili centri (R)
In base alla sua esperienza, in che misura ritiene che i seguenti aspetti della società contemporanea del suo Paese possano influire sull’origine e la diffusione delle malattie mentali?
(Analisi delle risposte multiple)

SISTEMI DI PROTEZIONE SOCIALE	Conteggio (V-R)	Percentuale sulle risposte (V-R)	Percentuale sui casi (V-R)
Scarsa equità delle politiche economiche	14-20	21.2-22.5	70.0-80.0
Scarsa equità delle politiche sanitarie	17-17	25.8-19.1	85.0-68.0
Scarsa equità delle politiche sociali	14-20	21.2-22.5	70.0-80.0
Contraddittorietà tra obiettivi e attuazione politiche da parte della classe dirigente	13-18	19.7-20.2	65.0-72.0
Corruzione	8-14	12.1-15.7	40.0-56.0
Totali	66-89	100.0-100.0	330.0-356.0

Come è possibile osservare dalla tabella 2, sia i Vescovi che i responsabili dei centri concordano su una debolezza di fondo dei si-



stemi di protezione sociale, su una scarsa attenzione alla garanzia di misure che siano espressione di equità sociale. Le politiche maggiormente interessate da questo problema sembrerebbero anzitutto quelle sanitarie, e a seguire quelle socioeconomiche. Questa debolezza dei sistemi di protezione sociale, traducendosi in uno sfasamento tra gli obiettivi proposti dalla cultura dominante e i mezzi a disposizione per raggiungerli, può innestare processi che, in molti casi, si manifestano nella psicopatologia depressiva. Il sociologo americano Merton³ sessant’anni fa ha individuato 5 forme di comportamento sociale che rispondono diversamente alla capacità dell’individuo di adattarsi ai valori culturali proposti dal

gere quelle mete, ma è altrettanto vero che non tutti dispongono degli stessi mezzi per arrivarci. Sono le persone più povere, meno istruite, senza un lavoro, senza una famiglia di origine o costituita ad essere anche le più svantaggiate. Un sistema che non si impegna a proteggere queste persone, sostenendole ed accompagnandole in un percorso di inclusione psicosociale, espone l’individuo alla “rinuncia” che si traduce in comportamenti devianti, per usare un’accezione sociologica, quali la vita in strada da clochard, l’etilismo, la dipendenza da sostanze. In tal senso anche la depressione può essere ricondotta all’espressione in chiave psico-sociale della rinuncia. La depressione, quindi, come male-essere psico-sociale, che pone le sue radici in una società che esclude anziché includere, respinge anziché accogliere, abbandona anziché proteggere. Occorrono politiche che si facciano carico dei problemi dei cittadini, garantendo equità a livello sociale, economico e sanitario.

Se la manifestazione reattiva al disagio, in chiave sociologica, può essere ricondotta al concetto mertoniano di “rinuncia”, in chiave psicopatologica tale manifestazione diviene conflitto, disorganizzazione del comportamento, destabilizzazione emozionale e motivazionale, disturbo-sintomo del disagio della condizione umana contemporanea. Come si evince dalla tabella 3, le risposte sia dei Vescovi che dei responsabili dei centri

contesto culturale di riferimento e ai mezzi a tal fine consentiti. Ognuno di noi è spinto dal contesto sociale in cui vive a raggiun-

Tab. 3 – Questionario dei Vescovi (V)-Responsabili centri (R)
In base alla sua esperienza, in che misura ritiene che i seguenti
aspetti della condizione umana contemporanea nel suo Paese
possano influire sull’origine e la diffusione delle malattie mentali?
(Analisi delle risposte multiple)

	Conteggio (V-R)	Percentuale sulle risposte (V-R)	Percentuale sui casi (V-R)
Ansia	21-26	9.3-9.2	77.8-92.9
Frustrazione	21-26	9.3-9.2	77.8-92.9
Noia	14-18	6.2-6.4	51.9-64.3
Delusioni	19-23	8.4-8.2	70.4-82.1
Scarsa autostima	19-25	8.4-8.9	70.4-89.3
Senso di inadeguatezza	18-20	8.0-7.1	66.7-71.4
Non accettazione dei limiti della dimensione umana	11-16	4.9-5.7	40.7-57.1
Aggressività	17-14	7.5-5.0	63.0-50.0
Dipendenza da alcool	22-23	9.7-8.2	81.5-82.1
Dipendenza da sostanze stupefacenti	18-20	8.0-7.1	66.7-71.4
Dipendenza da immagini ideali	10-24	4.4-8.5	37.0-85.7
Dipendenza coattiva da altre persone	12-14	5.3-5.0	44.4-50.0
Dipendenza da modelli valoriali assoluti	7-12	3.1-4.3	25.9-42.9
Difficoltà a manifestare i propri sentimenti	17-21	7.5-7.4	63.0-75.0
Totali	168-282	100.0-100.0	646.2-1007.1

individuano prioritariamente gli stati d’ansia e di frustrazione tra i disturbi più diffusi; seguono la delusione e la scarsa autostima. È, in sintesi, la rappresentazione del fallimento personale, del crollo del sistema delle aspettative, del mancato appagamento dell’esigenza di dare pienezza di significato alla propria esistenza.

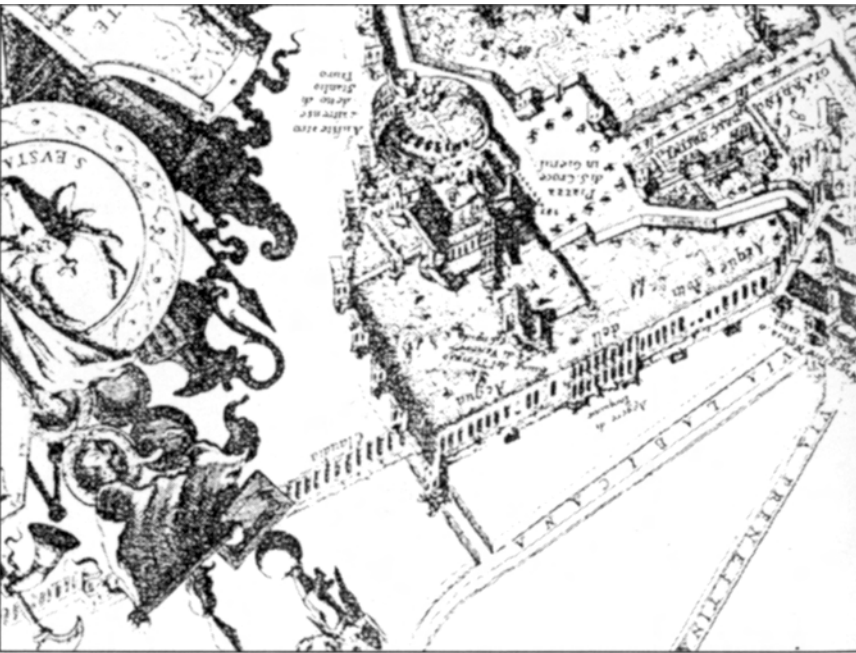
Il modello individualista dominante nelle società contemporanee pone il soggetto in relazione all’altro esclusivamente in una logica di

confronto competitivo. La vita è una gara all’affermazione del proprio Io sull’altro. Il mancato raggiungimento di questo obiettivo fa emergere un diffuso senso di inadeguatezza, altro fattore indicato dai rispondenti, che si concretizza in diverse modalità comportamentali patogene oscillanti tra i poli della passività e dell’aggressività. Atteggiamenti in cui la ricerca di equilibrio può talora compensarsi con il ricorso all’alcool o all’uso di sostanze stupefacenti. Questa let-

tura dei dati idonea per i Paesi dell’area dello sviluppo e dell’opulenza, potrebbe apparire distante dalla realtà di quanti vivono in condizioni di privazione. Tuttavia non è così. L’ansia e la frustrazione esistenziale si manifestano ancor maggiormente in chi, sprovvisto di mezzi, cerca affannosamente di “sopravvivere” alla miseria del quotidiano. Quando, nei progetti della cooperazione per lo sviluppo si parla di “empowerment” si intende anche questo: restituire fiducia nei propri mezzi, rinforzare i processi di autostima, sostenere nel superamento del senso di inadeguatezza intere popolazioni abbandonate a se stesse, affinché prendano in mano il proprio destino.

Da sottolineare il dato che riguarda l’aggressività come elemento di grave disagio caratterizzante lo stato depressivo e che può talora manifestarsi in comportamenti violenti all’interno del contesto familiare a compensazione delle frustrazioni e delusioni accumulate negli ambienti esterni ad essa. L’aggressività si autoalimenta, scatenando nel soggetto sentimenti contraddittori che vanno dal senso di colpa a quello di rivalsa. La famiglia è spesso la principale vittima di questa realtà: sia per la difficoltà di assolvere al difficile compito di assistere e prendersi cura della persona depressa in mancanza di servizi idonei a fronteggiare il problema, sia perché le famiglie sono lasciate a se stesse da governi con politiche “deboli” e poco strutturate nel campo della salute mentale.

Ma la famiglia non entra in questo discorso solo per questa via. La attuale criticità dei contesti familiari risulta costituire uno degli aspetti che, sia in base alla percezione dei Vescovi che all’esperienza dei responsabili dei centri, sembrerebbe influire in modo significativo sulla patogenesi degli stati depressivi. Nella tabella 4 i fattori indicati prevalentemente sono dati dalla sempre più diffusa disgregazione dei nuclei familiari associata al progressivo indebolimento del valore dell’istituto matrimoniale, cui si accompagnano un significativo aumento di separazioni e divorzi, e dalla mancanza di comunicazione all’interno del nucleo.



Si sta poco insieme, non c'è dialogo, non c'è confronto, manca un'autentica esperienza di condivisione. Sembrerebbe evidenziarsi una diffusa incapacità a sperimentare una comunione di intenti, la condivisione di un progetto di vita comune.

Tab. 4 – Questionario dei Vescovi (V)-Responsabili centri (R)
In base alla sua esperienza, in che misura ritiene che i seguenti aspetti dei contesti familiari contemporanei del suo Paese possano influire sull'origine e la diffusione delle malattie mentali?
(Analisi delle risposte multiple)

	Conteggio (V-R)	Percentuale sulle risposte (V-R)	Percentuale sui casi (V-R)
Squilibrio tra ruoli maschili e femminili	14-18	5.2-5.9	53.8-66.7
Mancanza di figure genitoriali di riferimento	22-25	8.2-8.3	84.6-92.6
Separazioni e divorzi – disgregazione nuclei familiari	23-23	8.6-7.6	88.5-85.2
Perdita valoriale dell'istituto matrimoniale	19-23	7.1-7.6	73.1-85.2
Mancanza di comunicazione - dialogo	23-25	8.6-8.3	88.5-92.6
Mancanza di tempo per stare insieme	20-21	7.5-6.9	76.9-77.8
"Immaturità" delle figure genitoriali	19-24	7.1-7.9	73.1-88.9
Conflitti e disarmonie fra le figure genitoriali	22-24	8.2-7.9	84.6-88.9
Deleghe di responsabilità a terze persone	12-17	4.5-5.6	46.2-63.0
Deleghe di responsabilità alle istituzioni	13-13	4.9-4.3	50.0-48.1
Indebolimento di comuni progetti di vita	17-18	6.3-5.9	65.4-66.7
Non adeguata preparazione alla vita matrimoniale	20-22	7.5-7.3	76.9-81.5
Conflitti tra genitori e figli	21-25	7.8-8.3	80.8-92.6
Comportamenti aggressivi o violenti all'interno del nucleo familiare	23-25	8.6-8.3	88.5-92.6
Totali	268-303	100.0-100.0	1030.8-1122.2

È lo specchio della cultura individualista dominante. Si denuncia, inoltre, la mancanza di figure genitoriali mature, in grado di costituire un punto di riferimento per i propri figli, di proporre modelli in cui possano riconoscersi. La solitudine si insinua nel nucleo familiare fino a diventare devastante. Sentirsi soli anche quando si è tra le persone più care e più vicine, amplifica il senso di ansia e di angoscia. E purtroppo questi stati d'animo connotano sempre più la condizione umana delle nuove generazioni.

Al termine di questo primo spaccato del contesto psicosociale e familiare in cui la malattia mentale, e in particolar modo la depressione, vengono ad affacciarsi, non potevamo non cercare di capire se e quanto l'indebolirsi e/o il venir meno di alcuni valori culturali e religiosi trasversali ad una cittadinanza laica ed ecclesiale potessero influire sul manifestarsi ed il diffondersi della psicopatologia depressiva. Nella tabella 5 è possi-

bile individuare gli aspetti su cui si sono espressi concordemente sia i Vescovi che i responsabili dei centri e che riguardano prevalentemente la crisi dei valori di riferimento, l'esasperazione dei desideri e una cultura fortemente orientata all'edonismo.

culturale dato. Il sistema contemporaneo delle norme culturali sembrerebbe orientato all'esasperazione di modelli individualistici in cui l'apparenza e l'esteriorità dominano lo spazio di realizzazione della persona umana. Una cultura dominante che spinge verso l'esteriorità a scapito dell'interiorità, dove l'apparire e l'avere prevalgono sull'appartenere e l'essere. Una cultura in cui il desiderio è diritto, in esso tutto si esaurisce, in esso scompare l'oggetto stesso del desiderio. E quando il desiderio non è realizzabile o raggiungibile provoca lacerazioni insanabili, cui seguono frustrazione e annientamento, prodromi della psicopatologia depressiva.

È in questo quadro che si innesta il contributo della pastorale sanitaria. A tal fine si è voluto dar voce all'opinione dei Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria nei diversi Paesi coinvolti nell'indagine sullo stato dell'azione pastorale su questo delicato tema.

È stato, anzitutto, chiesto agli intervistati l'esistenza di un programma pastorale delle diverse Chiese locali dedicato al tema della salute mentale. Come si evince dalla tabella 6 oltre il 60% dei Ve-

Tab. 5 – Questionario dei Vescovi (V)-Responsabili centri (R)
In base alla sua esperienza, in che misura ritiene che i seguenti aspetti della società contemporanea del suo Paese possano influire sull'origine e la diffusione delle malattie mentali?
(Analisi delle risposte multiple)

VALORI CULTURALI E RELIGIOSI	Conteggio (V-R)	Percentuale sulle risposte (V-R)	Percentuale sui casi (V-R)
Crisi dei valori di riferimento (vita, famiglia, educazione)	23-22	17.6-15.9	88.5-91.7
Egoismo	13-19	9.9-13.8	50.0-79.2
Edonismo	20-18	15.3-13.0	76.9-75.0
Cultura tecnologica/tecnologismo	9-9	6.9-6.5	34.6-37.5
Ricerca dell'impossibile	8-7	6.1-5.1	30.8-29.2
Esasperazione dei desideri	17-20	13.0-14.5	65.4-83.3
Conflittualità culturale	8-8	6.1-5.8	30.8-33.3
Ritualità magica	12-13	9.2-9.4	46.2-54.2
Negazione della trascendenza	8-13	6.1-9.4	30.8-54.2
Relativismo etico religioso	13-9	9.9-6.5	50.0-37.5
Totali	131-138	100.0-100.0	503.8-575.0

È evidente come questi aspetti siano sottolineati maggiormente dalla parte ecclesiastica, mentre i laici ridimensionano, pur senza sottovalutarli, gli stessi fattori di criticità. Questi primi dati sollecitano la riflessione sociologica: ogni persona agisce in un sistema

scovi ha dichiarato che non esiste alcun programma pastorale in questo ambito, a conferma del cammino, ancora lungo e difficile, che rimane da percorrere per poter rendere più incisivo l'intervento della Chiesa a favore di quanti soffrono di queste patologie.

Tab. 6 Esistenza di un programma pastorale della Chiesa locale dedicato specificamente al tema della salute/disagio mentale (distribuzione valori assoluti e percentuali)

	Valori assoluti	Valori percentuali
Sì	8	30.8
No	16	61.5
Non risponde	2	7.7
Totale	26	100.0

Sembrerebbe che, come nella società civile, anche nella comunità ecclesiale sia necessario operare per una maggiore sensibilizzazione su questi temi, per i quali non sono ancora sviluppate linee pastorali precise. In tal senso, questa Conferenza Internazionale dedicata, nello specifico, alla depressione, psicopatologia trasversale al mondo dello sviluppo come a quello del sottosviluppo, costituisce un momento importante di riflessione per il rilancio di un impegno pastorale in un ambito tanto difficile e spesso trascurato, oserei dire, dimenticato dal mondo civile.

Tuttavia, nella nostra indagine, abbiamo cercato di andare a fondo sull'esistente per individuare nei programmi pastorali attualmente operanti delle linee di azione e attuazione che potessero costituire da suggerimento per l'impegno di altre Chiese su questo tema.

Dall'analisi degli obiettivi dei programmi pastorali ad oggi operanti è stato possibile individuare cinque principali linee di azione:

a) un'azione pastorale che colloca al centro i malati e i loro familiari, come destinatari ed agenti di *evangelizzazione*;

b) un'intensa *azione di sensibilizzazione* dei decisori politici locali, della società civile ed ecclesiale sull'importanza di difendere i diritti delle persone con problemi di salute mentale, al fine di promuovere un'attenzione ed una considerazione nuova delle problematiche che toccano la sofferenza della mente umana;

c) un'azione pastorale impegnata sul fronte della *prevenzione*, sia attraverso il sostegno delle persone a rischio, sia attraverso un'intensa attività di informazione della comunità sugli effetti non solo fisici, ma anche sociali dell'abuso di sostanze quali l'alcool

e la droga, il cui uso può correlarsi con la presenza di malattie mentali e/o disturbi depressivi nello specifico;

d) un'azione pastorale diretta alla *riabilitazione* delle persone con malattie mentali, perché possano tornare alla loro vita familiare, lavorativa e relazionale;

e) infine, un'*azione formativa* diretta a preparare agenti pastorali nell'ambito della salute mentale non solo capaci di accompagnare la persona con questi problemi, ma anche di individuare strategie pastorali innovative, idonee a fronteggiare in modo efficace il fenomeno.



Tuttavia, questa progettualità non sembrerebbe essere accompagnata da una adeguata disponibilità di risorse umane e materiali sufficienti a rispondere a tutti gli impegni cui gli obiettivi sopra specificati chiamerebbero. Nella maggior parte dei casi i Vescovi si esprimono affermando la presenza di "cristiani competenti che si impegnano al loro meglio", oppure "gruppi di giovani, piccole comunità cristiane, équipe di pro-

fessionisti di buona volontà": tutti aiuti volontari. Ed ancora: cappellani, religiosi e religiose. In genere si lamenta la mancanza di personale stabile, qualificato, con competenze professionali e pastorali specifiche. Dalle risposte dei Vescovi si percepisce l'affannosa ricerca di fare il possibile, in condizioni per lo più difficili, in cui occorre oltretutto sfidare lo stigma e il pregiudizio verso un fenomeno che fa paura ai più, che spaventa e allontana.

Gli organismi attraverso i quali la pastorale sanitaria si esprime in questo ambito sono dati da nuclei di agenti pastorali impegnati in servizi per la salute mentale, cappellanerie ospedaliere impegnate su questo fronte, e a livelli più alti da Commissioni psichiatriche per l'animazione pastorale nelle cliniche specialistiche, Dipartimenti per l'assistenza spirituale delle persone con malattie mentali.

Si è poi cercato di esplorare le eventuali forme di coordinamento di tali programmi pastorali sul territorio ed il grado di soddisfazione rispetto a tali forme di collaborazione. Dalle risposte dei Vescovi sembrerebbe la Diocesi la realtà del territorio che funge da catalizzatore di tali forme di intervento pastorale: seguono i collegamenti con le parrocchie e con le strutture sanitarie. Tuttavia il livello di soddisfazione non è molto incoraggiante, a dimostrazione della difficoltà con cui questi programmi debbono quotidianamente confrontarsi. Da notare il dato incoraggiante sulla collaborazione con le istituzioni penitenziarie: viene da chiedersi se forse proprio là dove l'uomo sembrerebbe aver perso tutto, la ragione e la libertà, l'azione pastorale apra all'uomo uno spazio di fiducia e speranza cui la coscienza più che la ragione può affidarsi. E l'uomo si apre alla "salvezza", alla ricerca di se stesso, degli altri e di Dio, qualunque sia la sua Fede.

Non c'è tempo per riferire oltre, sui risultati di questo lavoro. Tuttavia credo sia abbastanza per cogliere quanto l'opera nel campo della salute mentale costituisca per tutti gli operatori sanitari, laici e religiosi, una sfida ed una missione al contempo. Una sfida contro il pregiudizio ed il timore

che circonda queste patologie, e che rende sempre più soli non soltanto i diretti interessati, ma anche i loro familiari. Una missione, perché la relazione con la persone con problemi di sofferenza mentale richiede, più che in ogni altra il coraggio di riconoscere nell'altro, l'immagine di Cristo che chiama ad un atto di amore, e l'immagine del Buon Samaritano ne diventa ancora una volta l'effigie simbolica.

Per concludere, vorrei ricordare brevemente la storia di un incontro raccontato da Madre Teresa di Calcutta in un discorso tenuto nel 1979 in una Chiesa carmelitana di Dublino ed in cui mi sembra si sintetizzi perfettamente la "fame" di amore dei nostri tempi, di cui la depressione è senza dubbio una delle tante espressioni possibili. È la storia di un ragazzo incontrato in strada, su un marciapiede, in piena notte, perché cacciato di ca-

sa da sua madre. Quando le suore tornarono, il ragazzo si era fatto un overdose e fu portato in ospedale. Ricorda Madre Teresa: *"Non potei fare a meno di pensare che magari sua madre era una di quelle persone che si davano da fare per i nostri affamati in India. E qui c'era suo figlio che era affamato, affamato di lei, affamato d'amore, affamato della sua sollecitudine, e lei lo rifiutava. Portate l'amore nelle vostre case. Se amate veramente Dio cominciate ad amare i vostri figli, vostro marito, vostra moglie. I vecchi, dove sono? Perché non sono con voi? E il bambino handicappato dov'è? Perché non è con voi? Quel bambino, quel vecchio, giovani padri, giovani madri, è un dono di Dio"*⁴. Combattiamo la depressione rispondendo con slancio anche noi a questo atto di amore, per costruire una società in cui l'imperativo di Cristo

"amatevi come io vi ho amato" diventi parte integrante della vita di ciascuno di noi.

Dott.ssa FIORENZA DERIU
Ricercatrice sociale,
Assegnista di ricerca dell'Università
"La Sapienza" di Roma

Dott. DANIEL CABEZAS
Psichiatra,
Ospedale Fatebenefratelli, Roma

Dott.ssa ROSA MEROLA
Psicoterapeuta,
Consulente psicologo del
Ministero della Giustizia, Roma

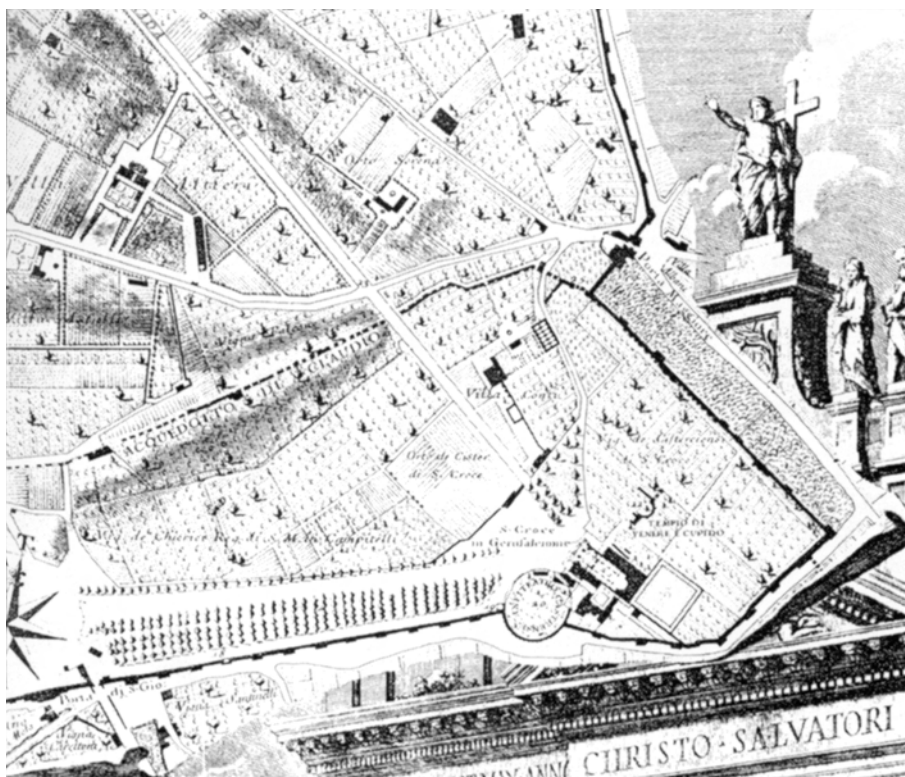
Note

¹ E. DURKHEIM, *Le Suicide. Étude de Sociologie*, Paris, Alcan, 1985, VIII

² P. BOURDIEU, *Ragioni Pratiche*, Bologna, Il Mulino, 1995

³ R.K. MERTON, *Social Theory and Social Structure*, Glencoe, Ill., The Free Press, trad. it. *Teoria e Struttura Sociale*, Bologna, Il Mulino, 1992

⁴ K. SPINK, *Madre Teresa. Una vita straordinaria*, ed. PIEMME, 2003.



venerdì
14
novembre

Seconda Sessione

La luce della fede nel mondo della depressione

MASSIMO ALIVERTI

1. La storia della depressione

Pare che il medico greco Ippocrate, vissuto tra il V ed il IV secolo a.C., si sia recato un giorno a casa del filosofo Democrito i cui amici ritenevano che stesse dando prova di squilibrio mentale. Lo trovò intento a compiere dissezioni sugli animali e a contemplarne i visceri. In tale occasione il filosofo greco, quasi volesse giustificare il suo comportamento, avrebbe detto al medico che anch'egli nutriva un certo interesse circa la natura e le cause della pazzia; avrebbe inoltre aggiunto che volendo scrivere sull'argomento aveva sezionato quegli animali non in dispregio agli dèi, ma per ricercare la sede e la natura della bile al cui eccesso si attribuiva comunemente la causa della pazzia.

All'epoca di Ippocrate la bile, sia gialla che nera, era ritenuta strettamente collegata alle anomalie del comportamento, potendosi distinguere ad esempio temperamenti collerici e temperamenti melanconici a seconda che fosse prevalente l'uno o l'altro fluido. Del resto la bile gialla e la bile nera erano allora considerati, insieme al sangue e al flemma, gli umori fondamentali dell'organismo umano, capaci di assicurare, fin quando si mantenevano fra di loro in perfetto equilibrio ed armonia, la salute fisica e psichica dell'individuo.

In particolare la bile nera o atrabile (in greco: *melagkolia*) era de-

scritta come un fluido denso, freddo, scuro e irritante; si pensava che avesse sede nella milza e che potesse prodursi anche per evaporazione della componente acquosa degli altri umori. Essa era considerata affine alla terra, anch'essa secca e fredda; era inoltre collegata all'autunno e all'età presenile. La bile nera, qualora avesse preso il sopravvento sugli altri fluidi, poteva fuoriuscire dalla sua sede naturale, infiammarsi, corrompersi e infine ottenebrare la mente. La malinconia, così prodottasi per eccesso e alterazione di un umore corporeo, presentava soprattutto sintomi psichici quali: tristezza, timore, inappetenza, turbe del sonno, allucinazioni e deliri.

Per Ippocrate la terapia della malinconia consisteva nel riportare l'umore sovrabbondante in armonico equilibrio con gli altri tre; a tal fine consigliava un regime igienico-dietetico adeguato non disgiunto, soprattutto nel caso di pazienti poco collaboranti, dall'assunzione di farmaci (come l'elleboro e la mandragola) che per le loro proprietà purgative ed emetiche potessero eliminare l'eccesso di atrabile. Tali erbe erano di solito raccolte dai *rizotomoi* con particolari precauzioni e rituali, per le valenze simboliche che venivano unanimemente loro attribuite.

Comunque, in epoca postippocratica anche altre sostanze vegeta-

li venivano utilizzate nella cura della melanconia; così, ad esempio, Crisippo di Cnido raccomandava il cavolfiore, Filistione e Plistonico consigliavano il basilico, Filagrio prescriveva una pozione a base di zenzero, pepe, epitema e miele.

Discepolo di Platone (427-347 a.C.), che aveva considerato alcuni tipi di follia come un dono degli dei, Aristotele (384-322 a.C.) associò la melanconia alla genialità, sostenendo che un eccesso di atrabile poteva aiutare artisti, filosofi e anche politici a eccellere nel loro campo. Per Aristotele inoltre il cuore, principale centro vitale e sede del *sensorium commune*, mandava i vapori caldissimi prodotti al suo interno verso il cervello, il quale provvedeva a raffreddarli e condensarli; in tal modo l'attività del cuore poteva a sua volta essere rinfrescata e calmata.

Ad Alessandria, in epoca ellenistica, Erofilo ed Erasistrato, esperti di anatomia, rivalutarono il cervello localizzandovi le funzioni intellettive. Erasistrato in particolare si sarebbe occupato anche di melanconia, diagnosticandone con successo una forma "amorosa" nel principe Antioco, innamorato della seconda moglie di suo padre; la cura sarebbe stata in questo caso il raggiungimento dell'oggetto d'amore, come in affetti avvenne col consenso del padre a ciò consigliato dal medico.

A Roma, nel I secolo a.C., Asclepiade di Bitinia, contrario alla dottrina umorale e seguace della teoria solidistica, prescriveva ai melanconici vari tipi di bagni, dieta, ambienti bene illuminati; consigliava inoltre di tenere nei confronti di tali pazienti un atteggiamento rassicurante e incoraggiante. Nella stessa epoca l'enciclopedista Aulo Cornelio Celso descrisse nel *De Medicina* alcune cure in uso contro l'insonnia dei melanconici: applicazione sulla testa di unguento a base di zafferano e di giaggiolo, posizionamento sotto le orecchie di frutti di mandragola, somministrazione di decotto di papavero o di giusquiamo, applicazione di ventose scarificanti alla nuca.



Lucio Anneo Seneca, filosofo vissuto tra il I secolo a.C. ed il I secolo d.C., diede un'accurata descrizione della melanconia e fornì a coloro che ne erano affetti suggerimenti sotto forma di esortazioni e consolazioni.

Rufo d'Efeso nel I secolo d.C. si interessò alla melanconia che descrisse e suddivise in vari tipi caratterizzati dalla diversa localizzazione e azione dell'atrabile, descrivendone anche alcune forme deliranti. Per quanto riguarda le terapie prescriveva norme igieniche e dietetiche, il salasso, un purgante a base di cuscuto, epitimo e aloe.

Sorano d'Efeso, vissuto tra il I e il II secolo d.C., si occupò anch'esso di melanconia che, seguendo la

dottrina solidistica, attribuiva ad uno stato di costrizione delle fibre costituenti il corpo umano. Descrisse i sintomi principali della malattia: tristezza silenziosa con pianto immotivato, ansietà, prostrazione, disturbi gastrici, animosità verso i parenti. Come cura consigliava soprattutto dei cataplasmi da applicare in regione epigastrica o sul dorso a livello delle scapole; non trascurava neppure le prescrizioni di tipo psicologico-comportamentale, raccomandando ai parenti di far assistere il paziente a commedie allegre, occuparlo in passatempi che tengano sveglia la sua mente, di mostrare interesse e ammirazione per quanto riesce a fare.

Areteo di Cappadocia, vissuto nel II secolo d.C., si interessò in più occasioni della melanconia per la cui cura prescriveva farmaci purganti e colagoghi, consigliando anche bagni in acque che contenesse tra le altre sostanze: bitume, zolfo e allume. Areteo considerò la possibilità che ci fosse una predisposizione costituzionale alla melanconia e che lo stato malinconico costituisse l'estensione patologica di una normale condizione psicologica; affermò inoltre che tale malattia poteva guarire completamente oppure ripresentarsi ancora dopo diversi anni.

Claudio Galeno (130-200 d.C.), tenace assertore della dottrina umoralista, attribuì la malinconia all'eccesso di bile nera, distinguendone tre differenti tipi. Il primo era dovuto alla localizzazione prevalentemente encefalica dell'atrabile; il secondo era invece causato dalla diffusione di tale umore mediante il sangue a tutto l'organismo, encefalo compreso; il terzo infine era provocato dall'ingorgo del medesimo umore nella regione ipocondriaca con produzione di esalazioni tossiche capaci di salire fino all'encefalo e di influenzarlo. Descrisse la tristezza, l'ansietà ed anche i pensieri deliranti dei melanconici (un paziente, ad esempio, immaginava di essere costituito da conchiglie e aveva paura che i passanti le frantumassero; un altro temeva che Atlante, stanco di reggere il mondo sulle spalle, se lo scrollasse di dosso facendo così perire tutti). Consigliava ai pazienti un regime igienico-dietetico; do-

vevano ad esempio evitare gli alimenti che richiamassero il nero e l'acre dell'atrabile. Prescriveva però anche farmaci come, ad esempio, una miscela di piantaggine, mandragola, fiori di tiglio, oppio e rucola.

Gli autori vissuti in epoca immediatamente successiva a quella di Galeno (come Oribasio di Pergamo, Alessandro di Tralles o Paolo d'Egina) non si discostarono dall'impostazione generale di stampo ippocratico-galenico nell'interpretazione e nel trattamento della disturbi melanconici.

I padri della Chiesa, pur accettando in linea generale il sistema galenico, manifestarono frequentemente la tendenza a considerare la sintomatologia depressiva non come una malattia (la melanconia, imputabile a cause organiche e debellabile con un trattamento medico), ma come un peccato (l'accidia, imputabile a tentazioni diaboliche e debellabile con delle pratiche religiose). San Cassiano, ad esempio, descrisse nei monaci una condizione, favorita dall'esistenza solitaria, caratterizzata da tristezza e inquietudine che li rendeva oziosi e incapaci di assolvere ai loro doveri. In questi casi la cura più adatta poteva essere un atto di penitenza o una punizione correttiva. Comunque, per prevenire il peccato di accidia si consigliava di scacciare l'ozio con l'attività lavorativa, soprattutto quella richiedente un certo grado di impegno e fatica. Del resto il malinconico, che frequentemente dava l'impressione di avere in odio la vita stessa e di nutrire sfiducia nella misericordia divina, manifestava un atteggiamento certamente riprovevole per ogni buon cristiano. Il depresso poi, assorbito dai suoi timori e dalle suoi deliri, sembrava talvolta aver perso del tutto la ragione, il dono divino che differenziava l'uomo dalle bestie; tale situazione poteva essere facilmente interpretata come un segno della riprovazione divina nei suoi confronti, strettamente connessa alla condizione di peccatore.

I medici arabi, all'epoca del massimo splendore di tale civiltà (ultimi secoli del primo millennio e primi secoli del secondo millennio d.C.), si occuparono anch'essi della depressione, influenzati in genere dalle dottrine ippocratico-

galeniche. Najab ud din Unhammad (vissuto tra il IX ed il X secolo) descrisse in particolare una forma caratterizzata dal comportamento taciturno e agitato con insonnia e antipatia verso i suoi simili; descrisse inoltre una seconda forma contraddistinta dalla tristezza e dall'ansietà; in entrambi i casi prescriveva norme igienico-dietetiche, bagni e talvolta salassi. Avicenna (vissuto tra il X e l'XI secolo) contrastò l'opinione che la sintomatologia depressiva derivasse dall'influsso di demoni, ritenendola una malattia curabile con cure mediche (prescrisse ad esempio l'iperico a tali pazienti). Del resto lo storico arabo Usama ibn Munqidh, vissuto nel XIII secolo, narrò della disputa tra un medico franco e un medico arabo circa il caso di una donna affetta da "consunzione"; il primo ne avrebbe dato un'interpretazione puramente organica ricorrendo a prescrizioni dietetiche, il secondo ne avrebbe dato invece un'interpretazione demoniaca ricorrendo a pratiche esorcistiche.

Costantino l'Africano, vissuto nell'XI secolo tra il nord-Africa e l'Italia, fu autore del trattato *De melanconia*, uno dei primi testi medici interamente dedicati alla depressione, nel quale la tradizione greco-romana si fondeva con gli apporti degli autori arabi. Della malattia erano accuratamente descritte la sintomatologia, le differenti forme cliniche e le varie cause; si passava poi ad illustrare il trattamento, prevalentemente di tipo igienico-dietetico (riguardante: la situazione climatico-ambientale, l'alimentazione, il bilancio tra ritenzione e espulsione delle materie organiche, l'attività fisica, il ritmo sonno-veglia, la sfera emotivo-passionale). Venivano comunque considerate anche le terapie farmacologiche, in genere a base di purganti o diaforetici, per espellere rapidamente e in maggior quantità possibile l'atrabile responsabile del quadro morboso; tra i rimedi vegetali erano citati: elleboro, scamonea, cassia, coloquintide, rabarbaro, timo, zafferano, mandorle e pistacchi.

Santa Ildegarda, badessa del monastero di Bingen in Germania, vissuta nel XII secolo, riteneva che la melanconia fosse strettamente

collegata al peccato originale e direttamente provocata dal diavolo; contro tale condizione consigliava dei rimedi, considerati espressione della benevolenza divina, tratti dai tre regni della natura (ad esempio, un preparato in cui erano mescolati: sangue, malva, olio d'oliva e aceto).

Nell'Europa medioevale furono a lungo in auge nella cura delle malattie psichiche come di quelle organiche ricette che vantavano prodigiose virtù salutari derivate dalla rarità o preziosità degli ingredienti. Venivano spesso adoperati rimedi o pratiche terapeutiche che traevano la loro buona fama poiché si rifacevano a celebri medici del passato o a santi protettori di una particolare malattia; talvolta poi i farmaci erano prescritti in base a credenze magiche o a supposte influenze astrologiche.

Durante il Rinascimento la condizione depressiva cominciò ad essere considerata in modo diverso rispetto al Medioevo. In particolare il filosofo Marsilio Ficino (1433-1499), come del resto aveva già sostenuto Aristotele, definì il temperamento melanconico e gli accessi di melanconia una caratteristica dell'uomo di genio, versato nelle arti, nelle scienze e nella politica. Secondo il Ficino e il circolo neoplatonico a lui collegato, il melanconico era associato fin dalla nascita a Saturno, pianeta ambivalente capace sia di assicurare genialità e creatività che di causare inerzia ed ebettudine. Già da tempo l'astrologia aveva sostenuto che i vari astri influenzavano la vita di coloro che nascevano sotto il loro segno; così i nati sotto Giove erano sanguigni, i nati sotto Marte collerici, i nati sotto Saturno melanconici. Fino al Rinascimento tuttavia gli artisti e letterati erano associati a Mercurio, pianeta dal moto veloce oltre che divinità protettrice dei traffici, dei commerci e delle scienze; i nati sotto il suo segno erano considerati industriosi e dediti allo studio. A partire da quest'epoca invece il temperamento saturnino soppiantò gradatamente il temperamento mercuriale come prerogativa del genio creatore ed innovatore; contemporaneamente gli artisti cominciarono ad evidenziare o ad enfatizzare gli aspetti melanconici del loro carattere che

costituivano una specie di garanzia della loro genialità. Il Ficino, in una sorta di manuale igienico ad uso dei letterati (*De vita triplici*, 1489), fu prodigo di consigli per superare gli effetti maligni di Saturno: seguire regole igienico-dietetiche, coltivare la musica, ingraziarsi il pianeta Giove così da aggiungere "gioialità" alla malinconia di fondo dell'artista.

Il medico francese Jean Fernel (1486-1557) nella sua classificazione delle malattie mentali distinse tre tipi di melanconia: una forma triste, una forma con licanthropia e una forma con eccitazione (mania); fece rientrare nelle melanconia, che imputava ad un danno della sostanza cerebrale, anche i deliri di persecuzione senza febbre e senza agitazione.

Joannes Weyer (1515-1588) originario del Brabante, considerò la melanconia la principale affezione di cui soffrivano le persone accusate di stregoneria. Per tale medico molte delle esperienze che le cosiddette streghe raccontavano erano probabilmente frutto della loro immaginazione disturbata più che dell'effettivo intervento del demonio; era perciò raccomandabile farle visitare prima dal medico che dal sacerdote.

André Du Laurens, vissuto dalla metà del secolo XVI al primo decennio del secolo XVII, scrisse un *Discours des maladies mélancoliques* (1599) e prescrisse ai pazienti prevalentemente regole igienico-dietetiche. Consigliò in particolare l'inalazione di varie essenze odorose e anche la visione di colori vivaci; raccomandò inoltre compagnie e occupazioni piacevoli; non trascurò neppure i farmaci, di solito di origine vegetale.

Timothy Bright (1551-1617) pubblicò nel 1586 *A Treatise of Melancholie* nel quale sostenne la separazione tra una forma organica imputabile all'atrabile e una forma psichica imputabile ad ansie spirituali; per la prima consigliava per lo più trattamenti dietetici e farmacologici, per la seconda pratiche religiose e psicologiche.

Robert Burton (1577-1640) pubblicò nel 1621 il celebre trattato *Anatomy of Melancholie* nel quale rifacendosi alla letteratura precedente sull'argomento ne descrisse sintomatologia, tipologia e

terapia. In particolare nel libro venne sottolineato il possibile comportamento suicidario dei melanconici e furono illustrate numerose idee deliranti a sfondo depressivo (ad esempio, la convinzione di essere fragile come vetro, pesante come piombo, leggero come piuma, infiammabile come paglia, ecc.). Tra le sostanze di origine vegetale consigliate dal Burton vi furono: il tarassaco, il frassino, il salice, la tamerice, il papavero e l'iperico; non mancarono le prescrizioni di tipo magico come quella di portare un anello ricavato dalla zampa anteriore destra di un asino.

A mostrare l'interesse degli autori e del pubblico colto dell'epoca per l'ampia varietà dei sintomi collegabili alla depressione si posso-



no citare anche le opere: *Maladie d'amour ou mélancolie erotique* (1612) del francese Jacques Ferriand, *Dignotio et cura affectuum melancholicorum* (1622) dello spagnolo Alphonso de Santa Cruz ed infine *Dissertatio medica de nostalgia* (1688) dell'elvetico Johannes Hofer.

Tra il XVII e il XVIII comparvero alcune interpretazioni della sintomatologia depressiva che si discostavano dalla tradizionale attribuzione di responsabilità alla bile nera. Thomas Willis (1621-1675), sotto l'influenza delle teorie iatrochimiche, chiamava in causa nella genesi della melanconia un eccesso di salinità del san-

gue capace di alterare la conformazione stessa del cervello. Thomas Sydenham (1624-1689) sottolineava nell'ipocondria la debolezza del sangue che andava rinforzato con farmaci corroboranti, soprattutto a base di ferro. Hermann Boerhaave (1668-1738), sulla scia delle teorie iatromeccaniche, chiamava in causa un aumento delle componenti oleose del sangue con riduzione dell'apporto ematico al cervello e impoverimento dei secreti nervosi. Frederick Hoffmann (1660-1742) attribuiva la melanconia ad uno spasmo della dura madre con difficoltà per la circolazione del sangue nel cervello. George Cheyne (1671-1743) nel libro *The English Malady* si soffermava invece sulle cause ambientali dell'ipocondria depressiva (in particolare: il clima delle isole britanniche, umido e pesante, e anche il ritmo di vita delle sue grandi città).

Tuttavia, verso la fine del secolo XVIII, la bile nera manteneva ancora una certa rilevanza nell'interpretazione della sintomatologia depressiva. Così ad esempio Anne-Charles Lorry (1726-1783) distingueva la "melanconia umorale" (caratterizzata dai disturbi digestivi, dovuta all'eccesso di atrabile e trattabile con evacuanti) dalla "melanconia nervosa" (caratterizzata dai fenomeni convulsivi, dovuta alla tensione delle fibre costituenti l'organismo e trattabile con tonici antispastici) e Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808) sosteneva l'esistenza di un "temperamento melanconico", incentrato sul sistema epatico, terreno favorevole per l'instaurarsi della malattia depressiva.

Philippe Pinel (1745-1826) considerò la melanconia come un'idea esclusiva (monomania) consistente in un falso giudizio del malato sulla condizione del suo corpo per cui credeva a torto di essere in pericolo. Jean-Etienne-Dominique Esquirolle (1772-1840) coniò per la depressione il termine "lipemania", definita una "monomania caratterizzata da un delirio parziale e da una passione triste ed oppressiva", allontanando così dalla malattia ogni riferimento alla bile nera.

Gli alienisti dei primi decenni del secolo XIX, sotto l'influenza dalla "psichiatria romantica" che

imputava ad uno squilibrio dell'anima tutte le malattie mentali, fecero ricorso anche nella cura della depressione al cosiddetto "trattamento morale", consistente nel tentativo di contrastare e far scomparire il nucleo delirante individuato nel paziente con un atteggiamento pedagogico. Si ricorreva ad esempio al metodo della "frode pietosa" (il terapeuta cioè carpiva la fiducia del paziente, fingendo inizialmente di condividerne le convinzioni per poi correggerle più tardi); altrimenti si procuravano ai malati delle sensazioni piacevoli, talora alternate a sensazioni spiacevoli, così che le prime fossero esaltate dalle seconde, oppure si cercava di suscitare nei medesimi delle emozioni improvvise, cogliendoli di sorpresa con stimoli sonori o visivi.

Comunque, ancora nella prima metà dell'Ottocento per la melanconia e per l'ipocondria, nonostante il cambiamento dell'interpretazione patogenetica, si continuavano a prescrivere ai pazienti alcuni farmaci avvalorati da una lunga tradizione quali purganti, fluidificanti e digestivi; erano inoltre impiegate con una certa frequenza le terapie fisiche come l'immersione in acqua, la doccia o la sedia rotatoria.

Verso la metà del secolo XIX, in corrispondenza del progressivo spostamento della psichiatria dal campo delle speculazioni filosofiche a quello della ricerca scientifica (soprattutto in ambito neuroanatomico e neurofisiologico), si cominciò a interpretare la malattia depressiva come un disturbo organico del cervello. Così, ad esempio, Théodore Hermann Meynert (1833-1892) ipotizzò nella melanconia un deficit di energia cerebrale collegato di solito all'ischemia. Altri autori della stessa epoca chiamarono invece in causa, basandosi su reperti autoptici in pazienti affetti da depressione, differenti cause di alterata funzione del cervello quali anemia, iperemia o edema.

Jean-Pierre Falret (1794-1870) notò nei pazienti il frequente passaggio dalla depressione alla mania, indicando col termine "folia circolare" la malattia caratterizzata dalla successione delle due polarità opposte dell'umore; per quanto riguarda il comportamento de-

pressivo si interessò anche del suicidio. Simili osservazioni sull'alternanza depressione-mania compirono anche Jules Baillarger (1809-1890) che descrisse una "follia a doppia forma" e Karl Ludwig Kalbaum (1828-1892) che parlò nei suoi scritti di *Vesania typica circularis*.

Nella seconda metà dell'Ottocento per quanto riguarda il trattamento della depressione non si evidenziarono particolari progressi rispetto all'epoca immediatamente precedente. Venivano usati in terapia accanto a medicinali già noti (come arsenico, stricnina, strofanto, ecc.) anche nuovi farmaci, come gli anestetici o i primi ipnotici prodotti sul finire del secolo dall'industria farmaceutica. Vennero utilizzate anche alcune tecniche apparse nel frattempo in medicina quali: il magnetismo animale, l'ipnotismo e l'elettroterapia. Molti alienisti tuttavia tenevano ancora nella cura di depressi e ipocondriaci un atteggiamento attendistico, limitandosi spesso a norme preventive o coadiuvanti e prescrivendo ai pazienti più agiati viaggi di piacere oppure soggiorni nelle stazioni termali.

Emil Kraepelin (1856-1926) nella sua classificazione delle malattie mentali associò mania e depressione nella "psicosi maniaco-depressiva", suddivisibile in tre espressioni sintomatologiche (bipolare, unipolare e mista); considerò invece a parte la "melanconia evolutiva", a prognosi più sfavorevole. In seguito Ernst Kretschmer (1888-1964) definì col termine "personalità cicloide" i vari temperamenti affettivi che predisponavano alla psicosi maniaco-depres-

siva. Il profilo psicologico del cosiddetto "tipus melancholicus" venne descritto qualche decennio più tardi dal Tellembach.

Sigmund Freud (1856-1939) elaborò un'interpretazione psodinamica della depressione; in *Lutto e Melanconia* (1917) sottolineò come tali due condizioni fossero accomunate dalla perdita di un oggetto a forte risonanza emotiva con introiezione di irrisolti sentimenti negativi. Melanie Klein (1882-1960) considerò l'esperienza depressiva come una fase fondamentale nello sviluppo del bambino.

La psicoterapia (dalla psicoanalisi alla terapia comportamentale) si propose nella prima metà del Novecento come un trattamento innovativo nella cura della depressione considerando anche gli scarsi risultati ottenuti dalla contemporanea psichiatria biologica.

Attorno alla metà del secolo XX cominciarono ad essere usati due trattamenti che si rilevarono particolarmente efficaci nei confronti della depressione: la terapia elettroconvulsivante e gli psicofarmaci. La prima venne introdotta in psichiatria nel 1938 da Ugo Cerletti (1877-1963) diffondendosi ben presto nei principali paesi occidentali. Per quanto riguarda i secondi, verso la fine degli anni '50 vennero introdotti in terapia gli "antidepressivi triciclici" e i cosiddetti "anti-MAO" (inibitori delle ammino-ossidasi); seguirono la scoperta delle benzodiazepine, indicati nella depressione ansiosa, l'utilizzo del litio nella prevenzione della psicosi maniaco-depressiva e infine, in anni più recenti, la comparsa degli antidepressivi di seconda generazione ("atipici" e "serotoni-

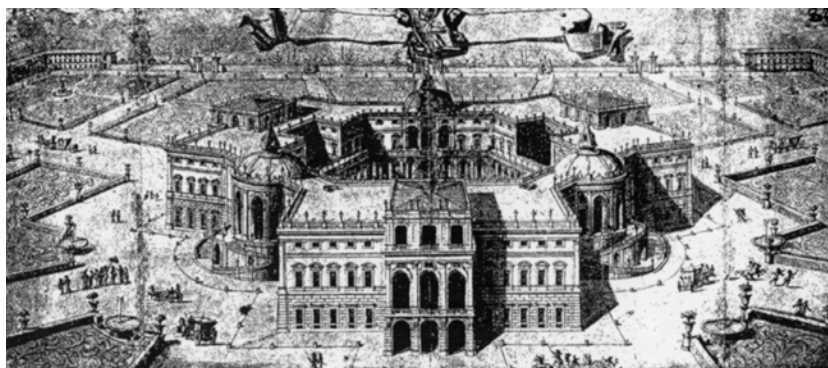
nergici"). Accanto alle terapie psicofarmacologiche si svilupparono negli ultimi decenni del Novecento varie teorie biochimiche sulla genesi della depressione che evidenziavano il ruolo determinante dei neurotrasmettitori.

La melanconia passava così nel giro di qualche migliaio d'anni dall'influenza della nefasta bile nera, a quella del sinistro pianeta Saturno a quella infine delle, tuttora in parte oscure, leggi della neuroscienza.

Prof. MASSIMO ALIVERTI
Neuropsichiatra,
Professore di Storia della Medicina
all'Università degli Studi
di Milano-Bicocca,
Docente di Storia della Psichiatria
all'Università degli Studi di Milano.

Riferimenti bibliografici

- ACKERKNECHT E.H., *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1957.
GALZIGNA M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992.
KILBANSKY R.-PANOFKY E.-SAXL F., *Saturno e la melanconia*, Torino, Einaudi, 1983.
PÉLICIER Y., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
ROCCATAGLIATA G., *History of Ancient Psychiatry*, Greenwood, Westport, 1986.
SCHALLER J.P., *Soccorsi della grazia e soccorsi della medicina*, Roma. Ed. Paoline, 1956.
SHORTER E., *A History of Psychiatry. From the era of Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997.
SOLOMON A., *Il demone del mezzogiorno*, Milano, Mondadori, 2002.
STAROBINSKI J., *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, Basel, J.R. Geigy, 1960.
WITTKOVER R. AND M., *Born Under Saturn*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1963.
ZILBOORG G.-HENRY G.W., *A History of Medical Psychology*, New York, W.W. Norton & Company, 1941.



JORGE A. MEDINA ESTÉVEZ

2. Depressione e speranza cristiana

La mia presentazione è stata preceduta da numerosi interventi che hanno illustrato il fenomeno psicologico della depressione da varie angolazioni. Consapevole dei limiti della mia conoscenza in materia di depressione, vorrei tuttavia esprimere alcuni concetti su questo problema, basandomi non su cognizioni scientifiche, bensì su esperienze umane e sacerdotali certamente dolorose e che mi hanno lasciato ricordi indelebili.

È difficile cercare di stilare delle statistiche sulla depressione nel passato, sia perché non disponiamo di dati derivati da un'osservazione attenta, sia perché non è sempre facile identificare determinati stati d'animo di personaggi storici con quella che oggi chiamiamo depressione.

1. La depressione vista da un pastore d'anime

Credo che esista un accordo unanime sul fatto che il fenomeno della depressione è complesso e che è il risultato di vari elementi casuali, alcuni dei quali hanno a che vedere con la struttura profonda della psicologia della persona. Spesso esistono fattori ereditari. Determinate linee di forza del processo educativo possono poi esercitare un'influenza considerevole. La storia personale di quanti soffrono di depressione fornisce, in misura variabile, elementi che spiegano il fenomeno e che, come nel caso di altri fattori, possono indicare la strada per diagnosticare il problema, valutarne la profondità e discernere fin dove e come si deve orientare la terapia.

La depressione è uno stato che presenta una certa somiglianza con la disperazione, con la perdita di speranza, con la consapevolezza di una frustrazione permanente, con

la percezione della propria esistenza come un insuccesso, come un "tunnel senza uscita". A volte la caratteristica della depressione è che questo stato di disperazione viene visto come una realtà paralizzante, in cui il soggetto sperimenta una sensazione di impotenza nell'esercitare le proprie capacità e, di conseguenza, di inutilità della sua vita. Non è strano, quindi, che gli stati depressivi, nelle loro espressioni più profonde, possano sfociare in uno scoraggiamento psicologico che vede come unica via di uscita la fine della propria esistenza, cioè il suicidio.

Dato che l'essere umano è una realtà psicofisica, occorre tener presente che tanto la diagnosi quanto la terapia della depressione dipendono da elementi fisiologici, psicologici e spirituali, interdipendenti tra di loro.

Esistono poi fattori che possono predisporre alla depressione, benché ciò non avvenga sempre necessariamente. Uno di questi è il perfezionismo, cioè l'ambizione smisurata di ottenere risultati perfetti. Apparentemente, tale ambizione potrebbe essere interpretata come responsabilità, ma in realtà essa denota una mancanza di realismo, un non voler ammettere i propri limiti. Chi si lascia trasportare dal perfezionismo ad oltranza può cadere in un atteggiamento ipercritico nei confronti di se stesso ed essere minacciato da un senso di frustrazione che si radica nella misura in cui l'autocritica si esacerba e distrugge il sano apprezzamento che ognuno deve avere circa le proprie possibilità.

Un altro fattore importante può essere la struttura del soggetto con caratteri paranoici. Si tratta di un fattore grave e non facilmente reversibile. Chi ha una tendenza paranoica è, in una certa misura, impermeabile all'esperienza. Se il

perfezionismo esibisce un'autocritica esacerbata, il paranoico ha altamente debilitato il senso del discernimento dei propri limiti o responsabilità. Naturalmente, egli incolpa gli altri dei propri insuccessi e questo atteggiamento lo porta a considerarli un universo di avversari e nemici. Di qui l'isolamento, che ha una duplice direzione: da una parte, il soggetto si scoraggia perché attorno a lui vede solo segni negativi e, dall'altra, provoca il rifiuto da parte delle persone che lo circondano e che non possono digerire le accuse di colpevolezza che ricevono ingiustamente dal soggetto.

Occorre chiedersi se la depressione può prodursi quando non esistono in assoluto elementi o predisposizioni psicologiche che la favoriscano. Possiamo dire che una personalità sana, profondamente ben strutturata ed equilibrata, non è terreno favorevole per la depressione; può accadere però che circostanze esterne, estremamente sfavorevoli, provochino lo sconvolgimento psicologico che sfocia nella depressione o che l'accompagna. Tra queste circostanze possiamo enumerare i grandi fallimenti affettivi, i disastri finanziari, la comparsa di una malattia incurabile e di lunga durata, i conflitti tra doveri che appaiono contrapposti e inconciliabili, l'inevitabile perdita di uno status, il senso dell'onore perduto e che non si è capaci di recuperare all'interno dei canali convenzionali. Mi permetto di esprimere, solo come ipotesi, che le circostanze più avverse e persistenti non arrivano a produrre una depressione quando chi le sperimenta possiede una personalità ben strutturata e spiritualmente ben costruita. Direi che in tali condizioni la depressione, se si produce, è meno profonda e presenta maggiori aspettative di superamento.

Quanto detto mi porta a pensare che i limiti psicologici della persona che soffre una depressione devono essere considerati molto seriamente quanto si tratta di diagnosticare il male, di discernere le cause prossime e remote e di elaborare una terapia.

Dietro le diverse tipologie di depressione, e dico "diverse" nel senso del substrato psicologico che le serve da base e delle circostanze esterne che servono da detonatore o catalizzatore, ci sono taluni elementi più o meno comuni.

Uno di questi è la solitudine. La persona depressa perde la capacità di comunicare proprio perché ritiene che non sarà compresa, o perché esige una comprensione che va al di là di quella comunemente esistente tra esseri umani nelle stesse condizioni. Se si cede al sentimento di solitudine, si acutizza l'isolamento e cresce la sfiducia nella possibilità di trovare comprensione e aiuto. In questo modo, la depressione crea condizioni altamente sfavorevoli per essere superata.

Un altro elemento è una certa paralisi dell'attività. La persona depressa sperimenta un'esacerbazione del proprio senso di autocritica e tende a colorare in forma negativa le proprie possibilità di azione. Anche quando riceve stimoli positivi che dovrebbero darle coraggio, tende a sottovalutarli e a considerarli non come obiettivi o come espressioni generose di benevolenza. Chi soffre uno stato di depressione avverte tante difficoltà e tanti fattori negativi, che non sa da dove cominciare o ricominciare. Questo orizzonte negativo agisce come un freno insuperabile e sprofonda il paziente in una paralisi di astrazione in cui il rimuginare il proprio stato occupa un posto importante e perfino preponderante nelle proprie cavillosità.

Da un punto di vista psicologico, una persona che è caduta nella depressione ha bisogno di compagnia che l'aiuti a superare la solitudine e l'isolamento, ha bisogno di svolgere un'attività soddisfacente che abbia successo e di scoprire quali sono le fessure della sua personalità che hanno lasciato filtrare lo stato depressivo. Tutto ciò è più facile da descrivere che da realizzare, proprio perché chi

patisce una depressione è in una situazione di negatività o almeno di sfiducia nei riguardi di quanti lo circondano, e tende ad evitare ciò che potrebbe richiederle un cambiamento nella sua attività passiva e rovinosa. Chi assume il ruolo profondamente umano di dare una mano a chi mostra sintomi depressivi, deve armarsi di una grande costanza per guadagnarsi la fiducia del paziente e per ottenere che si stacchi dall'intercalare psicologico del "non posso", che rappresenta quel guscio che impedisce di ricevere aiuto e di iniziare il lavoro di recupero.

Mi sono permesso di esprimere, in ciò che ho detto, un giudizio semplice e certamente superficiale e parziale di ciò che è la depressione, sulla base dell'esperienza quotidiana, umana e sacerdotale. Non ho fatto particolare riferimento al dramma del suicidio in cui sfociano i casi più gravi; se nomino questa tragica realtà, è perché la sua incidenza sembra essere aumentata in maniera significativa in alcuni settori delle società occidentali e perché il suo spettro accompagna spesso quanti soffrono di depressione. Non si tratta, pertanto, di un rischio irrealistico né un'ipotesi di scarsa probabilità. Forse possiamo dire che è un rischio che occorre tenere presente fin da quando la sindrome depressiva appare con una certa gravità.

La depressione è, quindi, una realtà che appartiene direttamente al campo di competenza della psicologia, però non si può né si deve trascurare la sua relazione con la fede, la morale e la spiritualità. Per questo, benché il sostegno di uno psichiatra sia importante e spesso necessario, il sacerdote, nella sua qualità di confessore o di consigliere spirituale, come pure un laico competente nelle vie dello spirito, possono dare un appoggio rilevante e complementare nel processo di recupero della depressione.

2. L'aspetto spirituale del recupero della depressione

È chiaro che se la persona depressa è un credente, anzi un cattolico con una chiara conoscenza della fede e della dottrina su Dio onnipotente, provvido e misericor-

dioso, e sull'uomo nella qualità di creatura che porta la macchia del peccato ma che ha ricevuto il dono della grazia, efficace fino a "far sorgere figli di Abramo da queste pietre" (Mt 3, 9), ci sono elementi molto solidi per superare il mondo di tenebre, insicurezza, frustrazione e paralisi psichica in cui è sprofondato.

Le certezze della fede sono, per il depresso, dei punti di appoggio, solidi e validi, in cui può trovare sicurezza e sollievo. Comprendere che la depressione è estranea alle



vie di Dio, che è una prova purificatrice, che non costituisce un determinismo ineludibile e che, ad ogni modo, la grazia di Dio è sempre presente ed operante affinché anche in questo caso concreto si verifichi la verità della parola della Sacra Scrittura che asserisce che "tutto concorre al bene di coloro che amano Dio" (Rm 8, 28); comprendere tutto questo è già un progresso molto grande nel cammino per superare il dolore. Nell'attenzione pastorale di chi soffre la depressione occupa un posto di primo piano tutto ciò che può irrobustire la fede dell'interessato, intendendo per "fede" le certezze sulla bontà e la saggezza di Dio, sul destino di felicità che Dio vuole per tutti gli uomini, sull'amore misericordioso con il quale Dio provvede alla salvezza degli uomini, fino a dare suo Figlio (cf. Gv 3, 16), sull'accoglienza paterna e tenera con cui Dio accoglie i suoi figli

che si sono allontanati (cf. *Lc* 15, 11-24), sulla conoscenza che Dio ha dei nostri limiti e delle nostre debolezze (cf. *Sal* 103, 14), e pertanto sulla bontà misericordiosa dei suoi giudizi riguardo ai nostri fallimenti e alle nostre cadute.

Dato che la persona depressa prova una sensazione di solitudine e di incomprensione – che può non corrispondere alla realtà oggettiva, ma che soggettivamente è percepita così – tornare alla certezza di fede che è in Dio che “viviamo, ci muoviamo ed esistiamo” (*At* 17, 28), rappresenta il recupero di una “atmosfera spirituale” propizia per superare la sensazione negativa di chi può pensare che la propria esistenza è priva di senso. Credere con certezza che Dio è vicino a me, che “mi penetra” e che è in maggiore intimità con me di quanto non lo sia io stesso, è un’esperienza chiave per tornare a guardare alla vita con ottimismo, senza per questo smettere di percepire con realismo le difficoltà e gli ostacoli.

Sapere e credere che Dio conosce meglio di noi i nostri difetti e i nostri limiti e che il suo giudizio sulle nostre azioni manchevoli è perfettamente lucido circa i fattori che attenuano la nostra colpevolezza, è un atteggiamento spirituale che contribuisce a liberarci dal giudizio ipercritico – spesso semplificato – sulle nostre responsabilità e colpe. I dati appena enunciati costituiscono le caratteristiche del Vangelo di Gesù, espresse in parole o frasi, benché siano soggiacenti a molti atteggiamenti spesso altrettanto o maggiormente espressivi di dichiarazioni concettuali.

Se il paziente recupera un sentimento di fiducia in Dio, Padre amorevole, e nelle proprie possibilità, sarà stato fatto un grande passo in avanti nel suo recupero.

3. Lo stato depressivo e le virtù cristiane

Dato che la “struttura spirituale” del cristiano riposa sul compimento di atti buoni che chiamiamo “virtù” e dato che le virtù sono interconnesse, non sarà superfluo ricordare che lo stato depressivo richiede, in particolare, l’esercizio di alcune virtù, mentre è allo stes-

so tempo un’occasione per la loro crescita.

Anzitutto la virtù della fede in Dio, e nei suoi attributi. Solo alla luce della fede in Dio è possibile guardare con serenità al paradosso tra un Dio buono, amante del bene degli uomini e onnipotente, da una parte, e, dall’altra, l’esistenza del male, soprattutto morale, ma anche fisico, soprattutto quando quest’ultimo colpisce creature innocenti. Solo in uno spirito di fede possiamo condividere l’affermazione di S. Paolo che “tutto concorre al bene di coloro che amano Dio” (*Rm* 8, 28) e alla proiezione di questa nell’insegnamento di Sant’Agostino che “Dio non permetterebbe il male se non fosse abbastanza potente da ricavare bene dallo stesso male”. L’apice di questo paradosso è, senza dubbio, il dramma del Calvario, dove la più feroce delle ingiustizie, la più abietta delle codardie e la più sporca delle convenienze politiche costituiscono il quadro esterno dell’atto più positivo e generoso dell’amore di Dio per l’umanità che è proprio la redenzione e la salvezza del genere umano attraverso un assassinio, che è la forma esteriore del sacrificio della riconciliazione.

Alla virtù della speranza dedicheremo alcune considerazioni più avanti, al termine di questo intervento.

La carità che nasce dall’amore di Dio per noi e che precede qualsiasi atto d’amore da parte nostra, colloca l’uomo nella prospettiva della benevolenza di Dio, della sua iniziativa tanto nell’ordine della creazione quanto in quella della salvezza, della gratuità del suo amore che non ha limiti se non si lascia vincere dalle ingratitudini di cui è oggetto da parte degli uomini. La contemplazione di questo amore incomparabile non può far altro che suscitare una risposta d’amore, e sappiamo che questa risposta è già un dono dell’amore di Dio che infonde la carità nell’anima, assieme al dono della giustificazione e della grazia. Sapersi amato e scorrere la lunga lista dei doni che abbiamo ricevuto da Dio è, come dice Sant’Ignazio de Loyola, alla fine degli *Esercizi Spirituali*, una buona strada per “ottenere amore”. In questa prospettiva, la depressione deve esse-

re vista come una forma di partecipazione alla passione e alla croce di Cristo e come una realtà dolorosa che ci permette di “completare nella carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa” (*Col* 1, 24).

Nella situazione concreta della depressione entrano in gioco anche le virtù “cardinali” o “moralì”.

L’esercizio della prudenza segue principalmente due direzioni. La prima, la decisione di chiedere consiglio e di accoglierlo, in ordine a consultare degli specialisti e a seguire con esattezza le terapie prescritte, e la seconda, in ordine a calibrare l’attività in modo da non esigere troppo da sé, da una parte, e di non cedere alla tentazione di inattività, dall’altra.

La giustizia troverà espressione nel considerare le cure mediche come un tributo dovuto alla propria salute, un obbligo che deriva dal dono dell’esistenza ricevuta da Dio e che non spetta all’arbitrio dell’uomo prendersene o meno cura.

La forza svolge un ruolo di estrema importanza giacché la persona depressa prova scoraggiamento, pessimismo e sensazione di mancanza di motivazione per continuare a vivere e ad affrontare le sfide della vita. Per il paziente la vita si presenta ardua e con un livello di difficoltà che la propria condizione tende a sopravvalutare. Si richiede una grande forza per affrontare lo scoraggiamento, per essere costante nella terapia e per non trascurare le attività quotidiane nonostante la svogliatezza e la sensazione di inutilità.

La temperanza o moderazione si eserciterà nell’osservare la giusta misura in materia di inattività. Un depresso tende ad essere inattivo e l’inattività approfondisce il suo stato di insoddisfazione e frustrazione. Potrebbe succedere però che sforzarsi troppo risulti controproducente. Qui la temperanza procede mano a mano con la prudenza, la giustizia e la forza.

La speranza merita una considerazione speciale. L’oggetto principale di questa virtù teologale è lo stesso Dio, in quanto Egli costituisce la piena e definitiva beatitudine della persona umana. In virtù della speranza l’uomo guarda alla beatitudine eterna co-

me a qualcosa che colma le sue aspirazioni e che è possibile raggiungere grazie all'aiuto di Dio. La speranza teologale si riferisce, quindi, alla finalità ultima dell'uomo, a ciò per il quale l'uomo è stato creato e al quale devono orientarsi tutte le sue decisioni in forma mediata o immediata. Generalmente la depressione non mette in questione il destino ultimo di chi la soffre. Anzi, il depresso sperimenta un malessere radicale rispetto alla propria vita in questo mondo e vede la morte come liberazione dal pessimismo che lo invade. Non che disperi della sua salvezza eterna, ma non vede come integrare il suo stato di insoddisfazione e paralisi psicologica con il dovere di continuare a vivere e meritare, così, la beatitudine eterna. Il depresso non riesce a comprendere come il cammino verso la vita eterna possa dover attraversare una prova che scuote fin alla radice il senso della vita temporale, fino ad arrivare a vedere come un bene il proprio annichilimento. Paradossalmente, chi è in depressione vede la morte come un bene, perfino ricorrendo al suicidio, senza comprendere l'incongruenza tra la sua ribellione di fronte all'esistenza e il desiderio di possedere Dio come beatitudine suprema. Se la depressione ha ingredienti che mettono in questione la fede e la carità, ne ha anche altri che ostacolano l'esercizio della speranza cristiana, nel senso di dissociare la beatitudine finale da un cammino che appare incoerente con il desiderio di felicità che annida nel cuore di ogni uomo. È come se ci fosse una rottura tra la situazione esistenziale che si percepisce come uno strappo permanente e l'ansia di felicità che corrisponde alle promesse di Dio. Per questo è possibile pensare che la relazione tra la speranza cristiana e la depressione si collochi, principalmente, non tanto in relazione a Dio come oggetto beatificante e finalità ultima dell'uomo, bensì in relazione agli ausili che provengono da Dio e senza i quali non si può raggiungere la finalità ultima, cioè in relazione con la grazia che rende possibile agire soprannaturalmente. Ciò che prova il depresso è un'impotenza a superare uno stato di dissociazione

interiore, di insoddisfazione e di paralisi, come un indebolimento simultaneo della fiducia nel fatto che Dio è vicino a lui, che lo sostiene e che la sua grazia ha la potenza di fargli superare le tenebre che oscurano l'orizzonte della sua esistenza fino al punto di fargli percepire la vita come una cosa senza senso. Se un fenomeno psicologico quale quello della depressione avesse una chiave puramente teologica, lo si potrebbe tipificare come una specie di pelagianismo radicale, carente di fiducia in Dio che salva e che può e vuole salvare sempre.

Chi vive la dura esperienza della depressione necessita, dal punto di vista spirituale, di recuperare una profonda fiducia in Dio salvatore, la cui grazia ha la potenza per superare le prove più laceranti a cui è sottoposta la complessa realtà del nostro essere psicosomatico. Credere nel potere della grazia è la condizione necessaria per respingere la tentazione della disperazione; vuol dire sentire la vicinanza di Dio, anche in mezzo alla nebbia e al disorientamento, vuol dire essere convinti che le nostre affezioni, specialmente quelle più profonde, si integrano nel mistero della salvezza che si realizza attraverso l'annientamento di Cristo (cf. *Fil* 2, 6-9), in cui ogni cristiano, come suo membro, deve partecipare in forma personale e diversificata. Di qui che la preghiera silenziosa e fiduciosa, sostenuta sulla passione di Gesù e sulla sua gloriosa resurrezione, è un cammino per acquisire quella pace interiore e quella fiducia in Dio e in se stessi che sono l'antidoto alla disperazione.

La vita cristiana si articola nella celebrazione dei Sacramenti. Tre di essi hanno una speciale relazione con gli stati depressivi: la Santissima Eucaristia, la Penitenza e l'Unzione dei Malati.

La partecipazione al Sacrificio Eucaristico riveste uno speciale significato per chi soffre di depressione. In questa partecipazione sono presenti i momenti della preghiera nell'orto, quando l'angoscia di Gesù si tradusse in copioso sudore di sangue (cf. *Lc* 22, 44), e specialmente quando sulla croce pronunciò il grido straziante di "Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato" (*Mt* 27, 46; *Mc* 15,

34). Però, poiché il mistero pasquale è suggellato dalla resurrezione di Cristo, e il Cristo che si riceve nell'Eucaristia è il risorto nel suo stato di gloria, la Santa Comunione ha un frutto di vitalità e di gioia per ogni fedele, ma in particolare per chi soffre e partecipa esistenzialmente all'annientamento di Gesù.

Il Sacramento della Penitenza ha rilevanza singolare per chi soffre di depressione se, all'origine di questa, ci sono gravi e reiterati disordini morali. Il perdono dei peccati può avere un influsso particolarmente positivo sui turbamenti che ne sono la conseguenza.

L'Unzione dei Malati è un sacramento che può essere di grande aiuto per chi soffre di depressione. Non sono solo le malattie somatiche o della vecchiaia a richiedere l'ausilio di questo sacramento; anche i disturbi psicologici che possono arrivare a porre in pericolo la vita o a minacciarne gravemente l'armonia, possono ottenere il beneficio di questo sacramento che aiuta a portare la croce, che sostiene l'animo di chi soffre la lacerazione del proprio equilibrio interiore e che può anche restituire la salute.

È del tutto naturale che il cristiano depresso volga lo sguardo alla Santissima Vergine. Ella ebbe molti momenti di dolore spirituale: la profezia della spada di dolore che avrebbe attraversato la sua anima (cf. *Lc* 2, 35); la fuga e l'esilio in Egitto (cf. *Mt* 2, 13-15); la perdita del figlio di Dio nel Tempio (cf. *Lc* 2, 41-50) e la dolorosa presenza ai piedi della Croce (cf. *Gv* 19, 25-27). Non conosciamo lo stato interiore di Maria in quei momenti di dolorosa sofferenza e nulla autorizza a pensare che il suo spirito soffrisse uno stato di depressione psicologica. Al contrario, possiamo supporre che, essendo stata preservata dal peccato e dalle sue conseguenze, la sua anima si mantenne sempre in un sano equilibrio e in una profonda armonia. Però la sua esperienza di dolore le diede una capacità speciale per compatire i membri del Figlio suo sottoposti all'afflizione e per ottenere in loro favore consolazione, gioia e forza in mezzo alla prova, specialmente nel campo della depressione.

4. Conclusione

Il mondo occidentale, caratterizzato oggi dalla secolarizzazione, dalla pubblica rinuncia a riconoscere le sue radici cristiane come parte essenziale della sua identità, da un relativismo morale grazie al quale le condotte più aberranti vanno acquisendo cittadinanza e riconoscimento nella legislazione civile, e da un livello di benessere esteso a vasti settori, a scapito dell'esistenza di un numero considerevole di persone che vivono in povertà, quando non nella miseria; questo mondo è quello che sembra più afflitto dal flagello della depressione. Il fenomeno non è circoscritto a determinati strati sociali, benché si presenti con maggiore frequenza in persone che soffrono una tensione permanente a causa di esigenze che

non si riesce a colmare, facendoli sprofondare nell'insoddisfazione in un ambiente che si rifiuta e che non si è capaci di assumere con realismo, forza e fiducia in Dio.

Sono intimamente convinto che uno sguardo di fede sulla propria esistenza, aiutato dal ricorso alla preghiera e dal sostegno di varie persone, sotto diversi aspetti, possa essere un valido sostegno per evitare l'isolamento, l'astrazione, l'inazione e la scarsa autostima; tutto ciò può formare una costellazione molto positiva al fine di superare uno stato psichico doloroso ed estenuante. Penso che l'aspetto soprannaturale di fede e il rafforzamento della speranza in Dio che sostiene, aiuta e salva, siano elementi chiave per recuperare la visione positiva di se stesso e del mondo, unica visione che corri-

sponde all'ottimismo cristiano che crede fermamente in Dio, Padre misericordioso, nel suo Figlio Gesù Cristo, Buon Pastore e Salvatore dell'umanità, e nello Spirito Santo, che è autore della novità cristiana e della gioia nell'opera di Dio, e nella nostra vocazione alla beatitudine perfetta. La Raccomandazione di San Paolo "Rallegratevi nel Signore, sempre; ve lo ripeto ancora, rallegratevi" (Fil 4, 4) è un programma sempre valido e una caratteristica di ogni discepolo di Cristo.

S.Em.za Cardinal
JORGE A. MEDINA ESTÉVEZ
*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Valparaíso
Prefetto emerito della Congregazione
per il Culto Divino
e la Disciplina dei Sacramenti,
Santa Sede*



CARLO CASALONE

3. Teologia morale: depressione, riferimenti morali soggettivi e riferimenti morali oggettivi

Malinconia, tristezza, perdita, colpa, disperazione, contrazione del tempo e dello spazio vissuti, morte, sono esperienze proprie di quanto chiamiamo con il nome di depressione e su cui riflettono la psicopatologia, la filosofia, la teologia. Anche la teologia morale, con gli strumenti che le sono propri, si interroga sui problemi che esse pongono.

Già il modo in cui il fenomeno viene ascoltato e conosciuto ha una rilevanza etica. Sarà questo il primo punto affrontato nel nostro contributo (di tipo metodologico), per poi passare ad esaminare brevemente l'articolazione tra volontario e involontario (e sarà questo il nostro secondo punto). Il rapporto tra le due dimensioni ha una particolare rilevanza nella genesi del senso di colpa, che è un elemento importante nella psicodinamica della depressione: perciò vedremo come esso può concettualmente differenziarsi dal senso del peccato e del perdono. Sono queste distinzioni preziose per non alimentare la pietrificazione della memoria sul passato e la chiusura al futuro e alla speranza. Qualche breve indicazione sulla illiceità del suicidio concluderà il nostro percorso.

Etica e multidisciplinarietà

Il primo punto è già implicito nel modo di procedere di questo Convegno ed è di tipo metodologico. C'è già una valenza etica sul piano epistemologico, poiché si tratta di compiere un arbitrario tra diverse razionalità. Il fenomeno della malattia è infatti sovradeterminato, nel senso che convergono e interagiscono nella malat-

tia diversi fattori, che sono studiati da discipline differenziate con i loro strumenti conoscitivi e modelli interpretativi: il comportamento non può essere spiegato richiamandosi a una sola causa, sia organica, sia psichica, sia sociale. A questo proposito va sottolineato il ruolo delle scienze umane. Il loro contributo riguarda l'induzione di precomprensioni antropologiche, prima ancora che la produzione di dati isolati o di sistemi teorici. Esse infatti non solo forniscono conoscenze specifiche, ma anche modellano le sensibilità in forza delle quali si percepisce e si studia l'uomo.

La psichiatria si colloca in una posizione intermedia tra il modello biomedico oggettivante e il modello interpretativo, in cui la soggettività di chi cura partecipa alla soggettività di chi è curato, mobilitando la propria intenzionalità in una circolarità ermeneutica. Si tratta in fondo della componente autoimplicativa: la comprensione comporta sempre un'autocomprensione.

Riconoscere la sovradeterminazione della malattia è un richiamo alla relatività della psichiatria: ci si trova confrontati con questo problema ogniquale volta si dimentichi che il suo paradigma conoscitivo e operativo non è che uno fra gli altri possibili. Ciò va tenuto presente, pur nella consapevolezza che non è né possibile né corretto studiare un fenomeno nello stesso tempo con gli strumenti concettuali di diverse discipline: occorre scegliere come ritagliare il nucleo di significati pertinenti attraverso le differenti metodologie, per poi articolare le prospettive.

Le scienze sociali si riferiscono

ai valori per rendere ragione dei comportamenti. Ma il passaggio immediato da valori osservati, e in quanto tali omologabili ai fatti o stati di cose delle scienze naturali, a valori giudicati come effettivamente validi (in modo surrettizio o inconsapevole) è una forma di fallacia naturalistica¹. Occorre quindi che l'etica teologica esamini i significati messi in luce dalla scienze umane, comparandone il valore con l'interpretazione cristiana della vita. Ciò mette in gioco significati parziali, ma per un loro apprezzamento occorre riferirsi al fine globale del vivere stesso, con il quale necessariamente interagiscono, consonando o dissonando².

Per quanto riguarda l'identificazione del fenomeno, per comprendere di cosa si tratti (*quid sit*), ricorriamo alla psichiatria, pur consapevoli dei molteplici orientamenti che vi possiamo incontrare. La psicopatologia dispone i fenomeni depressivi su due versanti fondamentali. Da una parte la tristezza reattiva o depressione neurotica, detta anche psichica o motivata; d'altra parte la tristezza endoreattiva, che si sviluppa quando scompare il motivo che ha scatenato l'alterazione dell'umore, ma rimane la depressione. Su questo secondo versante troviamo la depressione come malattia vera e propria o malinconia clinica, che viene anche denominata psicotica e descritta come tristezza vitale.

Un terzo tipo di tristezza può essere definita esistenziale e non indica una situazione propriamente patologica³. Nella psichiatria dinamica si distingue tra depressione semplice e melanconia. Quest'ultima comporta anche un disturbo dell'Io che mette a rischio l'iden-

tà. Si descrivono quindi tre tipologie: la «posizione depressiva» che tutti attraversiamo; la depressione nevrotica, che è un'alterazione dell'umore e la melanconia-psicosi, che può comportare disturbi della personalità.

Come si vede queste impostazioni non costruiscono il «malato» come un'entità ipostatizzata differente dal «sano», ma favoriscono un'idea qualitativa della malattia, come squilibrio di forze o di istanze che sono presenti in tutti gli esseri umani. I terapeuti non fanno eccezione e vengono considerati più simili ai loro pazienti che diversi da loro. Anche qui si vede che dal punto di vista etico una tale impostazione non è irrilevante, perché abilita a mantenere un collegamento e una relazione tra chi è sano e chi è malato, considerando anche omogenei e non solo differenti.

Volontario e involontario

La vita morale comporta un esercizio della libertà responsabile nel gestire e dare forma a quanto appartiene al proprio mondo interiore, fatto di sentimenti e di affetti, di impulsi e di fantasmi. Questo potere però non è assoluto. E qui che emerge la distinzione tra volontario e involontario: il mio carattere – dice Paul Ricoeur – è un modo di scegliere che io non scelgo. Si potrebbe parafrasare dicendo che quanto viene vissuto nella depressione e i comportamenti che ne derivano – come del resto in ogni altra malattia psichica – sono influenzati da determinismi inconsci. Da tali condizionamenti non si può astrarre, ma questo non significa escludere la libera iniziativa del soggetto nel dare loro un orientamento e una configurazione. Il volontario affonda le sue radici nell'involontario. Siamo controllati dalle forze dell'inconscio, ma non si tratta di un controllo totale. La libertà sotto il movimento della grazia modella le reazioni interiori e lo psichismo (strutture e vita psichica), anche se è sempre molto difficile, se non impossibile, valutare dall'esterno la componente attribuibile alla libertà. Va tenuto presente che «non si può mai concludere dalla presenza di una

motivazione nevrotica l'assenza certa di una motivazione spirituale-etica»⁴. Cioè la causalità psichica può essere presente, ma non necessariamente è esclusiva di ogni altra motivazione. «Noi giudichiamo la coscienza dall'esterno, ma non pretendiamo di giudicare gli occulti segreti del cuore», diceva Agostino, proprio a proposito del suicidio⁵. In termini più classici potremmo parlare di rapporti tra vita psichica e santità, alla quale tutti, pur quando ammalati, siamo chiamati. Ciò comunque non toglie che la mancanza di libertà è una ferita profonda e va considerata un male o disordine oggettivo.

La problematica è ben evidenziata dal titolo stesso di questo contributo, che indica la necessità di tenere contemporaneamente collegati riferimenti morali oggettivi e riferimenti morali soggettivi. Un discernimento etico tra queste due dimensioni è sempre importante.

avvenire proprio nella logica della malattia, come strategia del desiderio di onnipotenza che cerca di recuperare un po' della perdita da cui si sente ferito.

Senso di colpa

Per la teologia morale risulta di particolare interesse la relazione che intercorre tra senso di colpa e senso del peccato, soprattutto per favorire una migliore comprensione di quanto consente l'accesso all'esperienza del perdono.

Quando si parla di peccato non sempre è chiara la distinzione con il senso di colpa. Una confusione che genera molteplici, sofferti e inutili equivoci. Il senso di colpa è una sensazione di indegnità e di disagio che scatta dopo un atto o un atteggiamento percepito come errato⁷. Talvolta si parla anche di rimorso. Questa parola mette bene



Ma in modo particolare lo è nel caso della depressione, una condizione che vede il senso di colpa al centro della propria psicodinamica. Tale senso di colpa scaturisce da una ferita narcisistica che conduce a una caduta di autostima, comunque si vogliano interpretare gli elementi in conflitto: istanze della personalità (Io, Super-Io, Io ideale) o tensione tra ideali e realtà di sé⁶. Siamo quindi in presenza di una situazione in cui può essere particolarmente devastante la confusione tra disordine e peccato, quando cioè il disordine, involontario, viene immaginato come risultato della volontà. E questo può

in evidenza le due componenti dell'esperienza. Il morso indica, da una parte, aggressività rivolta soprattutto verso di sé, per la delusione che quell'atto comporta; dall'altra, un'affettività ferita, che non ama l'immagine di sé rovinata dalla colpa commessa (reale o immaginaria che sia).

La caratteristica centrale del senso di colpa è che si tratta di un'esperienza in cui entrano diversi fattori, ma che si gioca fondamentalmente tra diversi istanze della personalità che ciascuno ha dentro di sé, cioè tra gli elementi ideali e la percezione della propria situazione attuale. La genesi della

colpevolezza risale a fasi molto precoci della nostra vita. Quando noi infrangiamo le proibizioni del Super-Io, o non siamo all'altezza di quell'immagine ideale di noi stessi che ci siamo costruiti, scatta il senso di colpa. In sé questa esperienza è un campanello di allarme utile: ci aiuta a prendere atto che c'è qualcosa di inadeguato nel nostro comportamento esteriore o nei nostri atteggiamenti interiori. Tuttavia il senso di colpa può essere eccessivo o indiscriminato, quando non c'è proporzione tra il «male» commesso e il sentimento di disagio che ne consegue.

Possono allora darsi comportamenti punitivi. Il tribunale che ci troviamo dentro chiede espiazione e riparazione, cosicché ci mettiamo in situazioni che ci fanno del male o ci impediamo di ottenere successi, condannandoci al fallimento. O addirittura, quando il senso di colpa fluttua senza motivo consapevole nella nostra interiorità, compiamo un'azione malvagia per avere un appiglio a cui connetterlo. Commettere un male per trovare un motivo plausibile di una colpevolezza altrimenti inspiegabile offre un po' di sollievo, poiché dà alla situazione una qualche ragionevolezza e al soggetto l'illusione di sapere, di conoscersi e di controllarsi. Una variante analoga è l'incapacità di sopportare il successo. Sono quei casi in cui non si riesce ad accettare serenamente un complimento, di gioire con semplicità per un dono, di essere lieti per un riconoscimento nello studio o sul lavoro. In questi casi, il risultato è che tutta la nostra personalità è, da quel famoso tribunale, come messa agli arresti e paralizzata. È qui che si sfiora la colpa nevrotica, che deraglia verso la patologia e richiede un aiuto tecnico per essere chiarita e gestita.

Per sfuggire a questi sentimenti sgradevoli di inadeguatezza, talvolta anche ben fondati nella realtà, prendiamo atteggiamenti difensivi, nell'intento di rassicurarci e di medicare la ferita narcisistica. Si va rigidamente alla ricerca di una perfezione impossibile, mostrando una difficoltà ad accettare il reale così come è e a impegnarsi per trasformarlo nella concretezza delle situazioni. Ne risultano atteggiamenti intolleranti dell'ambivalen-

za e dei limiti, una chiusura difensiva in se stessi, una fuga dal presente in cui impegnarsi alla ricerca di realtà perfette che non esistono se non nell'immaginario, insomma in una insufficiente accettazione della verità di sé e degli altri.

Ma c'è anche un modo positivo di vivere la colpevolezza. Essa è allora uno stimolo per verificare realisticamente atteggiamenti e azioni e per aprirsi a un miglioramento. Si tratta di un sentimento utile, che segnala la presenza di un male. Va poi valutato se questo male è realmente tale e quale sia la sua entità. Va anche considerato se lo sviluppo successivo conduce a una



riparazione-assoluzione, aprendosi al futuro miglioramento, o se si fissa sulla condanna e svalutazione di sé. Questa seconda ipotesi può condurre alla tristezza depressiva. È piuttosto frequente nella nostra epoca, sia per l'eccesso di ideali, spesso falsi ma non per questo meno incisivi, che il mondo dei media ci propone, sia per la spietatezza delle istanze del Super-Io e dell'Io ideale.

Senso del peccato e accesso al perdono

Se il senso di colpa si gioca tra diverse istanze della personalità, il senso del peccato è invece una grandezza relazionale. Esso è misurato sul male fatto all'altro, positivamente o per omissione: è rifiuto di promuovere la vita, la libertà,

ingabbiando se stessi e l'altro nelle proprie attese o servendosene per i propri obiettivi. Pertanto il peccato retamente inteso fa uscire dalla logica narcisistica di un gioco di specchi egocentrico e autoreferenziale: sposta l'attenzione da sé al prossimo. Riconoscersi peccatore comporta in questo senso l'apertura all'Altro, che si fa presente nelle evidenze interiori del soggetto.

Si capisce allora come nella nostra società narcisistica ci sia una diminuzione della pratica della confessione. Oppure essa diventa una confessione esibizionistica, che si trova appunto al servizio di una malintesa grandezza (nel ma-

le) dell'io. Una corretta pratica del sacramento della riconciliazione, che implica la confessione del proprio peccato, significa anche, dal punto di vista dell'identità, riconoscere la non coincidenza dell'agente con il male che è (stato) capace di compiere. Significa disidentificarsi dal proprio peccato: la dignità della persona trascende il male che essa compie. Tra il soggetto e le sue azioni, corrette o malvagie che siano, c'è collegamento, ma non equivalenza.

Riconoscersi peccatori significa non pensare a sé, ma scoprire a quale chiamata, a quale bisogno dell'altro abbiamo risposto male od omesso di rispondere. Per questo si diventa consapevoli del peccato grazie a una rivelazione, a una parola che mi viene dall'altro. Nella Scrittura ciò avviene nell'ascolto della parola di Dio, cioè

nella comunicazione interpersonale con l'Altro per eccellenza. Come si vede, tra senso di colpa e senso del peccato c'è un progresso verso la verità delle cose e una liberazione: diventa possibile il perdono.

Chiedere perdono è diverso dal chiedere scusa. Nel primo caso si tratta di un'azione che noi avevamo cercato di evitare e che invece si è verificata. Si chiede scusa per qualcosa che, pur avendo danneggiato altri, non dipende dalla nostra libertà e volontà. Il perdono invece implica, come prima caratteristica, di riconoscere se stessi (quando lo si chiede) o gli altri (quando lo si accorda) responsabili dell'azione. Questo momento di riconoscimento della responsabilità è delicato. Equivale a prendere sul serio la capacità dell'uomo di alienarsi, di rifiutare la vita e l'amore, di fare e di farsi del male. Il perdono non è accondiscendenza e falsa indulgenza. Perdonare un altro significa riconoscerlo responsabile di quel male che ha compiuto. Il perdono include quindi un momento di accusa. Per essere rispettoso, richiede un procedimento bilaterale e consensuale. Non posso cioè perdonare chi non si comprende come responsabile della propria azione o chi non riconosca quell'azione come scorretta. Un'iniziativa unilaterale di perdono ha il senso di una manifestazione di disponibilità alla riconciliazione, può rendere evidente la disposizione d'animo di colui che la esprime. Ma, se non prevede un momento di ascolto e di comunicazione con l'altro, può risultare violento, suscitando risentimento e aggressività.

Il perdono non è quindi fatto di amnesia. Il male compiuto lascia conseguenze e il perdono spesso non è in grado di eliminarle. Invece il perdono è fatto di un'offerta di futuro nella relazione, ritenuta più forte di ciò che con il suo peso tende a interromperla. Il perdono è un'offerta di futuro a chi, per il male che ha compiuto, non ha alcun diritto per esigerlo. Il perdono quindi comporta una distinzione tra il peccato e il peccatore. Giudica il peccato come tale, ma assolve il peccatore.

In sintesi, il perdono è dono gratuito di futuro a chi riconosce i

propri errori, e se ne assume la responsabilità. Nel Signore lo troviamo allo stato puro: Dio crede nell'uomo, fa fiducia all'uomo ancora e proprio quando egli ha perso fiducia in se stesso. Se il perdono viene accettato, spezza la volontà narcisistica del continuo riferimento (più o meno deludente) al proprio Io. Così può essere ritrovata la forza e il gusto di impegnarsi nel dono di avvenire, liberato dalla paura e dal disprezzo di sé.

Questo discorso è particolarmente rilevante per il nostro tema, poiché nella depressione c'è una distorsione del tempo vissuto⁸. Certo occorre distinguere tra tristezza, che potremmo chiamare normale o motivata da un evento esterno di perdita, e depressione patologica o endogena. Nel primo caso la dimensione del passato tende ad accentuarsi e a sbilanciare l'ordinario fluire del tempo vissuto. I ricordi trascorsi emergono con più rilevanza e alimentano la nostalgia. Ma nonostante questo il presente rimane aperto sul futuro come orizzonte di senso, cosicché la memoria rimane capace di generare un'attività creativa, se non addirittura di dare profondità alla meditazione sull'esistenza e di sfiorare l'infinito, cosicché si parla di tristezza esistenziale.

Nel caso della tristezza clinica invece lo scorrere del tempo vissuto rallenta al punto da chiudere l'orizzonte del futuro. La memoria si pietrifica sul passato. Il malato percepisce di non essere al passo con il fluire del tempo: si instaura una sorta di sfasatura per cui sente di essere perennemente in ritardo, come la paziente di cui parla Minkowski, che ritiene l'orario del proprio ospedale in ritardo di alcune ore rispetto alla casa vicina⁹. Il futuro è obliterato e il passato fagocita il presente, «congelando il divenire e alimentando la colpa, l'esperienza di colpa, che dilaga con il venire meno del futuro: della speranza e del perdono (che non c'è senza speranza)»¹⁰. L'avvenire tende a configurarsi come attesa del castigo imminente, come sventura richiesta dalla necessità di espiatione. Questa difficoltà di iscriversi nel tempo, si manifesta nel linguaggio: il passato è il luogo del rimpianto di cui lamentarsi per quanto non è stato compiuto e il

futuro è portatore di minacce per l'espiatione incombente.

In questa situazione si fa presente la tentazione di darsi la morte. Il suicidio è la tentazione maggiore di questi oscuri momenti di sofferenza.

Suicidio e depressione

Nella tradizione della teologia morale gli argomenti che sostengono l'illiceità del suicidio sono stati codificati da S. Tommaso¹¹. Essi sono fondamentalmente tre. Anzitutto il suicidio entra in contraddizione con l'inclinazione naturale all'autoconservazione e con l'amore dovuto a se stessi. Il secondo argomento è derivato da Aristotele¹² e considera il suicidio come *iniuria communitati*, cioè un'ingiustizia commessa contro la società cui l'uomo appartiene: poiché la sua vita ha significato e valore per gli altri, il suicida viene meno ai doveri nei loro confronti e li danneggia. L'ultimo argomento, riprendendo quello di Platone nel *Fedone*, afferma che la vita è dono di Dio, che ne è quindi il proprietario: l'uomo non può considerarsene padrone esercitando un diritto che non gli compete. Ciò significherebbe non riconoscere la sovranità di Dio. Queste argomentazioni vengono sostanzialmente ripetute nel corso degli sviluppi successivi della riflessione, e vengono autorevolmente riprese nell'enciclica *Evangelium vitae* (n. 66).

I teologi sottolineano la cautela con cui va maneggiato questo modo di parlare di Dio¹³. Quando si dice che Dio è padrone della vita e della morte, *dunque non l'uomo*, si parla di Dio in termini univoci e non analoghi. La conseguenza è che si pensa Dio come a un sovrano umano. Tra i diritti di un sovrano umano e quelli dei sudditi vige un certo rapporto concorrenziale, secondo cui sapendo i diritti del sovrano si può dedurre quali diritti i sudditi non hanno. Questo significa trattare Dio come una creatura tra le altre, non come il Creatore che tutte le trascende. Significa rappresentarsi un Dio che coarta e è in competizione con la libertà dell'uomo: è il Dio di Adamo, cioè una rappresentazione che è, anzitutto, frutto della menzogna del

serpente e, in seguito, non può che suscitare ribellione. Pertanto la grammatica del linguaggio teologico vieta di trarre da qualche predicato di Dio delle conseguenze normative dirette circa il comportamento dell'uomo. La sovranità di Dio è una sollecitazione alla responsabilità dell'uomo, perché assuma l'intenzionalità stessa di Dio, che è benevolenza, servizio, solidarietà. Quindi l'uomo, suscitato come creatura libera da Dio stesso, è chiamato a gestire responsabilmente il bene della vita che ha gratuitamente ricevuto.

E infatti la teologia non ha mai condannato anzi ha apprezzato tutti quei casi in cui l'esposizione alla morte, anche certa, avviene in nome di un valore più alto della vita fisica. Gli esempi dei martiri o quello di Padre Kolbe, sono i più espliciti. Essi indicano una disposizione di sé radicale da parte dell'uomo nell'esercizio di una libera responsabilità verso il Creatore e verso il prossimo. Certo si potrebbero citare gesti che lasciano spazio a una maggiore incertezza interpretativa, ai quali la casistica si è ampiamente dedicata. Ma qui ci basti indicare che la disposizione della propria vita non è in contraddizione con la sovranità di Dio rettemente intesa.

Sicuramente il progresso delle conoscenze psicodinamiche ha messo in evidenza aspetti motivazionali del comportamento suicida che non erano apprezzabili in epoche precedenti. Pur non risolvendo del tutto la componente di mistero che si annida nel comportamento suicida, è stato possibile andare più a fondo nei significati che questo gesto può esprimere. Apprendiamo così che spesso il suicida non cerca sempre la morte in quanto tale, ma piuttosto una via di soluzione per problemi esistenziali che percepisce come urgenti. Nei casi di depressione, le motivazioni possono coprire uno spettro molto ampio¹⁴. Possono essere determinanti le spinte aggressive: talora rivolte verso di sé per la severità di un Super-Io troppo esigente, o per sottrarsi a un persecutore interno («carnefice segreto») nel gioco delle relazioni oggettuali. Ma in altri casi tale aggressività può essere rivolta all'esterno, come punizione nei con-

fronti di persone che, veri bersagli del suicidio, vivranno l'autoeliminazione del soggetto come una sconfitta. Altre volte, invece, l'aggressività gioca un ruolo poco importante ed è prevalente il desiderio di riunificazione con un perduto oggetto di amore, da cui il suicida si sente dipendente, e che cerca di raggiungere dandosi la morte.



Forse per questa maggiore sensibilità alle condizioni e ai condizionamenti il nuovo Codice di Diritto canonico (1983), mitigando la severità del precedente (1917)¹⁵, non enumera più i suicidi tra gli esclusi dalla sepoltura ecclesiastica e dalla messa esequiale¹⁶.

Le scienze umane quindi illuminano il versante dell'intenzione e della libertà effettiva dell'agente, due aspetti qualificanti dell'*actus humanus*. Il che è determinante per la definizione stessa di suicidio, che tiene conto non solo della descrizione empirica dell'atto con cui ci si dà, o ci si espone alla morte, ma implica anche l'atteggiamento interiore che in quell'atto si esprime: disporre della propria vita come di un possesso individuale, attualmente rifiutato e disprezzato, chiusa a ogni ulteriore prospettiva di senso.

Questa precisazione consente anzitutto di chiarire come non possono definirsi suicidio tutti quei casi in cui l'esposizione alla morte, anche certa, avviene in nome di un valore più alto della vita fisica. L'esempio più esplicito è quello, già citato, di Padre Kolbe.

Inoltre orienta verso una via argomentativa sull'illiceità del suicidio che entra in dialogo con la nozione utilitarista della vita, oggi prevalente nella nostra cultura, e

ne mostra l'intrinseca contraddittorietà. Il nucleo di tale argomentazione si riferisce alla nozione stessa di vita. Essa non è una realtà rispetto a cui l'uomo si troverebbe in una posizione esterna e neutrale, a partire da cui scegliere se gli conviene continuare a vivere, sulla base di un calcolo che confronta costi e benefici, per massimizzare il benessere e minimizzare le sofferenze. Infatti, se guardiamo all'esperienza che della vita fa la coscienza, ci accorgiamo che noi ci troviamo già dall'inizio inseriti nella vita, dalla quale gradualmente emergiamo come esseri coscienti. Il fiume della vita in cui l'uomo si trova immerso è costituito non solo dalla sua corporeità, ma anche dalle mediazioni culturali e relazionali. L'uomo si trova da subito radicato in una vita dotata di senso, che lo precede e che si presenta come un evento e una promessa, cui prestare il proprio consenso, in un processo di apertura alla trascendenza¹⁷. Questo significa che ciascuno di noi non è un individuo isolato, che viene prima del suo rapporto con gli altri, impegnato a produrre da sé il senso, con il proprio agire e a prescindere dalle relazioni in cui incontra, e agisce con, gli altri uomini. Pertanto, pensare la relazione intersoggettiva come un'aggiunta seguente, in cui cioè ciascuno decide arbitrariamente se gli conviene compromettersi oppure no, secondo la logica del contrattualismo, non sembra per nulla rispettoso della condizione dell'uomo e dell'effettivo sviluppo della sua parabola esistenziale.

La scelta del suicidio è una dichiarazione di insensatezza della vita, ma, alla luce di quanto detto, è contraddittoria: cerca di andare oltre le contraddizioni sperimentate nella vita, ma vorrebbe ottenere questo risultato eliminando il presupposto stesso che consentirebbe di superarle. Infatti solo continuando a vivere sarebbe possibile risolvere la contraddizione, aprendosi a un nuovo avvenire. Inoltre, nel suicidio si afferma una falsa autonomia basata sull'illusione di produrre da sé il senso, con il proprio agire, mentre esso si lascia cogliere solo sulla base della fiducia che ciascuno ripone nelle ragioni di bene che la vita gli presenta. Qui

emerge anche la intima correlazione tra aspetto etico e aspetto religioso di ogni esistenza umana, in quanto l'agire è possibile solo sulla base della fiducia verso un bene che non può essere del tutto posseduto fin dall'inizio, né intellettualmente né nelle sue implicazioni operative.

Nella tradizione biblica questa fiducia viene riposta nella specifica promessa offerta da Dio. Anche nelle contraddittorie situazioni di prova e di fallimento, l'uomo riafferma la sua fede in questa promessa di salvezza, sapendo che essa non può essere prodotta dal proprio agire. Possiamo rivolgerci alle figure di Elia o di Giona, o anche a quella più complessa del saggio Qoelet, per trovare esempi in questo ambito. In tutti questi casi emerge l'importanza della preghiera, come dialogo con il Signore della vita, e come luogo di rigenerazione delle ragioni della propria fiducia e speranza. Qui l'uomo di fede fa esperienza di prossimità, anzitutto di Dio, e individua le vie per farsi a sua volta prossi-

mo a livello sia interpersonale sia strutturale.

Un compito che, pur non scontato nel suo esito – come mostra la conclusione interlocutoria del racconto del recalcitrante Giona –, si presenta in tutta la sua urgenza, secondo quanto è stato più volte ribadito, anche nella nostra cultura.

P. CARLO CASALONE S.I.

Redattore di Aggiornamenti Sociali
Consulatore del Pontificio Consiglio per
la Pastorale della Salute

Note

¹ MOLINARO A., «Scienze umane, filosofia, etica», in GOFFI T. – PIANA G. (ed.), *Corso di Morale I. Vita nuova in Cristo. Morale fondamentale e generale*, Queriniana, Brescia 1983, 59.68.

² BASTIANEL S., «Dottrina sociale della chiesa come teologia morale», in BERNAL RESTREPO S. (ed.), *Teologia e dottrina sociale. Il dialogo ecclesiale in un mondo che cambia*, Piemme, Casale Monferrato 1991, 54-55.

³ BORGNA E., *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1999, 75-97.

⁴ BEIRNAERT L., «La sanctification dépend-elle du psychisme?», in *Expérience chrétienne et psychologie*, Epi, Paris 1964, 133-142, 138.

⁵ AGOSTINO, *La Città di Dio*, Libro I, cap. XX-VI.

⁶ GABBARD G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 2002, 217-218.

⁷ Cfr SOVERNIGO G., *Senso di colpa*, Elle Di Ci, Castelnuovo don Bosco (AT) 1980; GOLDBERG J., *La culpabilité. Axiome de la psychanalyse*, PUF, Paris 1985; VIOREST J., *Necessary losses*, Ballantine Books, New York 1986; SPECIALE-BACCAGLIA R., *Colpa*, Astrolabio, Roma 1997.

⁸ Cfr MINKOWSKI E., *Le temps vécu*, PUF, Paris 1995 (ed. or. 1933).

⁹ MINKOWSKI E., *op. cit.*, 294.

¹⁰ BORGNA E., *op. cit.*, 67.

¹¹ Cfr TOMMASO D'AQUINO, *La Somma Teologica*, II-II, q. 64, a. 5.

¹² Cfr ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, v, 15, 1138 a 5-14.

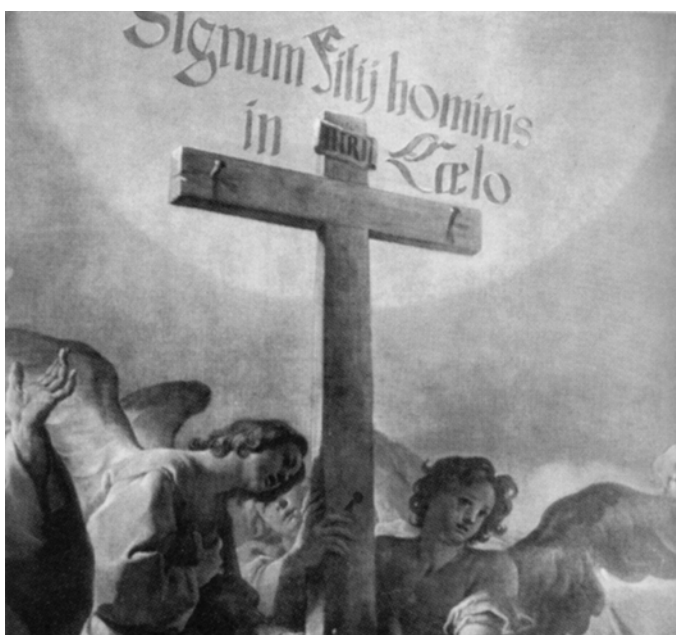
¹³ Cfr PELLIZZARO G., «Suicidio», in COMPAGNONI F. – PIANA G. – PRIVITERA S. (ed.), *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Ciniello Balsamo (MI) 1990, 1343.

¹⁴ GABBARD G. O., *op. cit.*, 220-223.

¹⁵ Can. 1240 § 1,3.

¹⁶ Cann. 1184-1185.

¹⁷ ANGELINI G., «La questione radicale: quale idea di "vita"?», in AA. VV., *La bioetica. Questioni civili e problemi teorici sottesi*, Glossa, Milano 1998, 177-206; REICHLIN M., «Il suicidio e la morale cristiana», in *Rassegna di Teologia* 39 (1998) 863-888; TETTMANZI D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AL), 107-114; CHIODI M., *Tra cielo e terra. Il senso della vita a partire dal dibattito bioetico*



JAMES M. WINGLE

4. Cura pastorale: il rifiuto della sofferenza e la ricerca del benessere personale

Introduzione

La sofferenza è una realtà che gli esseri umani non possono evitare. Dalla nascita fino alla morte noi incontriamo la sofferenza nelle sue diverse espressioni: solitudine, dolore fisico, difetti morali, relazioni infrante, tristezza, stanchezza, sensi di colpa, fame, depressione, oppressione, alienazione, anomia, rabbia e varie forme di debolezza.

Il Santo Padre, Giovanni Paolo II, ci offre una chiave di comprensione dalla quale iniziare questa considerazione quando egli dice "Ciò che noi esprimiamo con la parola «sofferenza» sembra essere particolarmente *essenziale alla natura dell'uomo*. È profonda come l'uomo stesso, precisamente perché manifesta a suo modo quella profondità che è propria dell'uomo, e a suo modo lo sorpassa. La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo; è uno di quei punti in cui l'uomo è in un certo senso «destinato» ad andare oltre, ed egli è chiamato a questo in un modo misterioso"¹.

È anche chiaro che la sofferenza e il dolore sono frequentemente associati con il male che è presente nel mondo. Da una parte può essere considerata una conseguenza del male. Dall'altra parte, possiamo dire che la sofferenza è essa stessa un male, una limitazione, una negazione di un determinato bene. La sofferenza è l'evidenza delle nostre limitazioni, della nostra finitezza, e guardandola da questa prospettiva siamo spinti a rifiutarla.

L'attuale cultura dominante, rivelatasi edonista e contaminata dalla *cultura della morte*² ha preso una chiara posizione davanti al mistero della sofferenza e del dolore. Il mondo fugge dalla sofferenza,

cercando un disperato scampo, adottando un atteggiamento che cerca di eludere il dolore con ogni mezzo. Tuttavia il problema risiede più profondamente della semplice evasione della sofferenza. Concerne una immatura ed evasiva posizione riguardante la vita. Su un livello culturale, questa posizione potrebbe essere espressa con una massima: "Cerca il piacere e il comfort sempre e dovunque in tutti i modi che puoi".

Senza la fede, è facile identificare il dolore come un male. Guardare il dolore come un male conduce inevitabilmente alla disperazione. Questa è la ragione più grande per cui molta gente con una visione essenzialmente laicista della vita investe sforzi tremendi per fuggire da questa realtà.

Malgrado i nostri formidabili progressi scientifici e tecnologici, l'umanità non può sbarazzarsi del dolore e della morte. Consapevole di queste fondamentali preoccupazioni riguardanti la persona, il Vaticano II ha posto la domanda: Qual'è il senso del dolore, del male, della morte, che continua ad esistere malgrado così tanti progressi?³

Evitare queste domande non le farà scomparire. Abbiamo bisogno di dar loro una risposta. Possiamo dire che occupandoci del problema del dolore e della sofferenza noi rispondiamo ad un imperativo del nostro cuore che apre le porte alla fede. Nel profondo del cuore umano, vi è un insistente bisogno a dare una risposta a questo problema e un importante imperativo della fede è rispondere alla chiamata del Signore a vivere e proclamare la risposta che Gesù stesso dà al problema del dolore e della sofferenza.

Il Signore Gesù non è venuto per liberarci dalla sofferenza ma

per condurci attraverso di essa alla scoperta del suo significato più recondito. Nella sua vita terrena egli visse l'esperienza della sofferenza intensamente. Nulla di ciò che è umano è estraneo a Cristo, eccetto il peccato⁴. In Gesù il Signore, tutte le nostre domande sul dolore e sulla sofferenza trovano il loro significato e hanno la loro soluzione. Nel Cristo sofferente scopriamo che il dolore perde il suo peso opprimente di negatività e soffrire diventa una occasione per crescere nell'amore e nella speranza. Il significato della sofferenza è stato rivelato, dischiuso dalla Croce e mette in evidenza una gioia copiosa con la Risurrezione. Alla luce della croce, noi possiamo scoprire i fondamenti di una sorta di pedagogia di Dio. Gesù, nostro esempio e maestro vuole plasmarci e formarci con questa dialettica di "gioia e dolore" che è la via alla vita nella sua pienezza.

Quando noi parliamo di pedagogia di "dolore-gioia" o "gioia-dolore" noi affermiamo che nella vita del cristiano c'è un processo dinamico in cui entrambe le realtà si intrecciano come la trama di un stoffa. Tuttavia, non è un problema di momenti consecutivi di dolore seguiti dalla gioia, ma lo stesso dinamismo dove per la maggior parte la gioia e il dolore accadono nello stesso momento. Guardando attentamente alla vita del Signore e alla sua Madre Benedetta possiamo scoprire che la "gioia cristiana" sussiste anche nel dolore, proprio come la speranza sorge nel mezzo delle situazioni più drammatiche.

In questo modo, la croce è trasformata dal suo status originale di strumento di tortura e di morte, ad un nuovo significato come segno e strumento di salvezza, riconciliazione, redenzione e speranza. Il Signore Gesù ci invita continuamente

te ad approfondire la nostra comprensione del mistero della sofferenza umana e di permettergli di diventare un processo di crescita spirituale ed una fonte di redenzione. Questo è ciò che S. Paolo esprime nella lettera ai Colossesi dicendo: “Completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo corpo che è la Chiesa”⁵.

Nel 1981, subito dopo l'attentato assassino in cui quasi perse la vita, il Papa Giovanni Paolo II scrisse una potente lettera Apostolica, la *Salvifici Doloris*. Mentre proviamo gioia dallo status di inse-



gnamento dell'autorità papale, questo documento ci dà anche una commovente e sperimentata testimonianza dell'esperienza del Santo Padre e una riflessione del mistero della sofferenza. Nel primo paragrafo di questo documento leggiamo: “Proclamando il potere della sofferenza salvifica, l'Apostolo Paolo dice: «completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa». Queste parole sembrano emergere alla fine di una lunga strada che si snoda attraverso la sofferenza che fa parte della storia dell'uomo e che è illuminata dalle Parole di Dio. Queste parole rappresentano il valore di una scoperta finale, che è accompagnata dalla gioia. Per questa ragione San Paolo scrive: “Perciò

sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi”. La gioia deriva dalla scoperta del significato della sofferenza, e questa scoperta, anche se è condivisa personalmente da Paolo di Tarso che scrisse queste parole, è allo stesso tempo valida per altri. L'Apostolo condivide la sua scoperta e si rallegra in essa per tutti coloro che essa può aiutare – come ha aiutato lui – a capire il *salvifico significato della sofferenza*”⁶.

Associando la nostra esperienza umana della sofferenza con la sofferenza di Gesù si offre una interpretazione totalmente nuova del suo mistero. Una tale prospettiva sfida al loro centro le assunzioni e le presunzioni di una consumistica cultura del piacere e l'immediata gratificazione racchiusa in essa. Questa visione ci invita ad entrare più profondamente nella nozione di una “Divina Pedagogia” associata con il mistero della sofferenza.

Peccato originale

La perenne domanda concernente il male e le sue conseguenze è drammaticamente urgente a questo punto della storia umana. Perché la sofferenza? Perché il dolore spirituale, psicologico, fisico? Perché così tante fratture e disarmonie? Quando noi contempliamo il male nel mondo e lo confrontiamo con la bontà della creazione, siamo spinti a cercare delle risposte, delle spiegazioni. Attraverso la contemplazione della natura e con l'Apocalisse l'essere umano può raggiungere qualche comprensione della vocazione umana per *comunità e partecipazione*⁷, e anche riguardo alla presenza del male.

Creati da Dio, noi sperimentiamo il nostro essere come una partecipazione nell'essere e nell'amore di Dio. È chiaro che il dinamismo presente al centro della nostra interiorità, è un impulso nella direzione della gioia tendente alla scoperta della verità e del significato⁸. Di conseguenza, le nostre azioni tendono a cercare di conseguire orizzonti di infinito e di pienezza. Noi siamo chiamati nella nostra profonda interiorità a rispondere al Signore nella libertà⁹.

Sappiamo che Dio, in una effu-

sione del suo divino Amore, crea gli esseri umani e li invita ad essere in relazione con lui. Dio ci invita ad essere in comunione con noi stessi e con gli altri.

A causa della ribellione dei nostri progenitori, il peccato è entrato nel mondo e si è trasmesso con le sue conseguenze di generazione in generazione. Questa frattura, che nel linguaggio della teologia è descritta come “peccato originale”, ha deturpato la creazione e ha dato origine al male che vediamo nel mondo. La riflessione umana attraverso le culture, il tempo e perfino i vari sistemi di credo religioso concorrono a che esista una “fondamentale” frattura celata alle nostre origini, e attribuisce a questa frattura la genesi del male che noi vediamo¹⁰.

Benché creati nell'amore, dall'inizio gli esseri umani rifiutarono l'amore di Dio, e in tal modo rifiutarono la vita in comunione con Lui. L'umanità scelse di costruire un regno senza Dio. Invece di adorare il vero Dio, adorò gli idoli creati dalle mani dell'uomo, cose del mondo, e divenne adoratore di se stesso. Questa è la fondamentale ferita che l'umanità isolata da Dio inflisse a se stessa. Il mondo perciò si è aperto al male, alla morte, alla violenza, alla malattia, all'odio e alla paura. La nostra felicità e la profonda armonia e anche la relazione fraterna tra gli uomini sono state profondamente turbate. Ferito e spezzato dal peccato al centro della sua umanità, l'uomo recise la sua unione con Dio, rimanendo soggetto perciò all'esperienza di vari tipi di schiavitù e di debolezze¹¹.

Ora, come nel passato, il peccato si mostra come una frattura. Inoltre c'è un dinamismo della frattura, una sorta di anti-amore. Questo dinamismo “sarà un ostacolo permanente per la crescita nell'amore e nella comunione degli esseri umani. Questa realtà si manifesterà non solo nei cuori delle persone ma nelle diverse strutture create dalla persona umana. Il peccato dei nostri progenitori ha lasciato un'impronta indelebile e distruttiva”¹² nella nostra antropologia a ogni livello della nostra esistenza, – spirituale, psicologica e fisica.

Malgrado questo tragico mo-

mento della “caduta”, la promessa di Dio nutrì la speranza dei suoi figli. L’umanità sperimentò l’adempimento della meravigliosa promessa di Dio nell’Incarnazione del Verbo Eterno.

Nell’esortazione Apostolica Post-sinodale *Riconciliazione e Penitenza*, pubblicata il 2 Dicembre 1984, Giovanni Paolo II sviluppa un approccio di grande intuito al mistero del peccato e del male e alle loro conseguenze. La sua esegesi della parabola del Figliol Prodigo ci dà una chiara comprensione di come la nostra frattura con Dio ci ha causato di soffrire le conseguenze delle fratture con noi stessi, con gli altri e perfino con il nostro ambiente. Egli ha potentemente svelato i desideri più profondi dei nostri cuori: essere riconciliati con il Padre, con noi stessi, con i nostri fratelli e sorelle e con la natura. Gesù è presentato in questa esortazione come il Riconciliatore¹³.

Il peccato e le sue conseguenze

A causa del peccato originale, il frutto di una scelta libera ma sbagliata, il male si è introdotto tragicamente nella vita umana e nel mondo. Ancor di più, quella prima infelice scelta è stata un esempio per ulteriori simili scelte che conducono allo stesso frutto avvelenato.

Ogni volta che una persona umana esercita la sua libertà, essa sceglie secondo la *sua visione delle cose*, e questa visione sanzionata da una scelta ed azione concreta, produce una cultura. Quando la libertà è attivata con una scelta sbagliata, l’uomo agisce contro Dio e in una parola, egli pecca. Agendo così, e come conseguenza di questa scelta, egli è introdotto in una dinamica suicida che porta nel presente la tragedia di quella Caduta originale nel giardino dell’Eden. Chiamati alla felicità in comunione con Dio, con se stessi, con gli altri e con la natura, da uomo peccatore rifiuta questa chiamata. I legami della comunione sono spezzati o indeboliti e il cuore diventa diviso. Scegliendo di definire il proprio bene senza riferimento a Dio, la persona sceglie di camminare sulla strada della morte spirituale¹⁴.

La prima vittima della scelta del peccato è colui che sceglie di peccare. Peccando una persona nega il dinamismo impresso nel cuore da Dio. Il peccatore si getta in un mondo di illusioni e di errori. La frattura interiore del peccato inasprisce l’esistente disordine già presente nella sua natura ferita. Isolato e interiormente diviso, il peccatore diventa anche più alienato nella consapevolezza di essere una creatura amata da Dio e invitata a partecipare ad una comunione di amore, ma ora nel rifiuto di quella vera comunione che dà la vita¹⁵.



Le conseguenze del peccato personale sono terribili e tragiche per il peccatore. Tagliato fuori dalla sorgente della vita e profondamente diviso all’interno, il peccatore è preso in una trappola dal quale egli non può scappare senza l’intervento dell’amore divino. Il peccato non rimane solo in lui. Anche il peccato più intimo e privato estende il suo male agli altri esseri umani e alle strutture che circondano la persona, manifestando così in un modo negativo l’unità e l’interdipendenza dell’umanità.

Ciò che si è detto sulla frattura nel regno personale può essere applicato anche alla cultura nella quale viviamo. Il Papa Giovanni Paolo II ha chiamato questi processi e manifestazioni una *cultura della morte*¹⁶. In questa sede non

abbiamo la possibilità di considerare ulteriori sviluppi di questo argomento, eccetto rimarcare la sua influenza formativa su quella che alcuni hanno descritto come una “società depressiva”. Certamente, in quelle nazioni qualche volta descritte come “sviluppate”, noi possiamo osservare che la cultura secolare dominante in questi ventun secoli ha scarsa comprensione della sofferenza a causa dei suoi preconcetti orizzontali e del suo chiuso esempio dimostrativo di materialismo e individualismo. Questa cultura dominante ha un profondo impatto sul nostro intelletto e modo di vita. Il bisogno di una *evangelizzazione della cultura*¹⁷ è uno dei più importanti compiti davanti a noi come Chiesa.

Parlando del tema del peccato sociale, Giovanni Paolo II osserva: “In virtù dell’umana solidarietà che è misteriosa e intangibile come è reale e concreta, il peccato di ogni individuo in qualche modo influenza gli altri. Questo è l’altro aspetto di quella solidarietà che a livello religioso è sviluppato nel profondo e magnifico mistero della comunione dei santi, grazie al quale possiamo dire che «ogni anima che si eleva al di sopra sé stessa, eleva il mondo»”¹⁸.

Formulando queste osservazioni insieme, non vi è dubbio sull’importanza del nostro sforzo per la santità come un imperativo personale e sociale. Noi abbiamo già la grazia di cui abbiamo bisogno per cooperare alla chiamata alla santità. Il nostro sforzo ci conduce a cercare di essere *completamente riconciliati*¹⁹ con il Signore, recuperando la nostra interiore armonia, salute e il proprio dominio in una profonda esperienza di comunione con Dio, noi stessi, gli altri e con la natura.

La depressione

Ci rivolgiamo ora ad una più immediata considerazione dell’argomento della depressione. Sarebbe totalmente ingiusto, falso e dannoso suggerire che tutta la sofferenza che noi sperimentiamo è una conseguenza dei propri particolari peccati. Tuttavia, i particolari peccati di ognuno di noi influenzano il tessuto della comunità umana di

cui facciamo parte. Soffriamo le conseguenze delle cattive azioni sia delle nostre che di quelle degli altri e questo tipo di "solidarietà nel peccato" si estende all'intera famiglia umana.

In questa conferenza ci rivolgiamo alla specifica esperienza umana della depressione che nella sua complessa realtà influenza un vasto numero di persone, ed è la causa di incalcolabili e frequentemente intense sofferenze. La riflessione della fede su questo onnipresente problema umano non può mancare di esplorare il suo significato e cercare dei rimedi nel contesto di una antropologia cristiana. Questa prospettiva invita e sfida a un ricco dialogo con i campi della medicina, della psichiatria, della psicologia e della scienza sociale. Cinquanta anni fa il Papa Pio XII in un discorso riguardante l'appropriato orientamento della Psicologia e della Psicoterapia notò che "L'uomo è una trascendente unità con la tendenza verso Dio" – (*L'homme comme unité transcendante en tendance vers Dieu*)²⁰. Questa affermazione propone una verità sulla persona umana che ha bisogno di essere considerata come un pietra angolare per qualsiasi altra cosa che noi possiamo dire concernente la salute umana.

Secondo l'Istituto Americano per la Salute Mentale, "un disordine depressivo è una malattia che coinvolge il corpo, l'umore e i pensieri. Influenza il modo in cui una persona mangia e dorme, il modo in cui la persona considera se stessa, e il modo in cui uno pensa. Un disordine depressivo non è la stessa cosa di un di un cattivo umore passeggero. Non è un segno di debolezza personale o una condizione che può essere decisa o fatta finire. La gente con una malattia depressiva non può semplicemente «tirarsi su» e star meglio. Senza le cure, i sintomi possono durare per settimane, mesi o anni. Una appropriata cura, tuttavia può aiutare la maggior parte delle persone che soffrono di depressione".

In tutto questo discorso mi riferisco alla "depressione" avendo in mente la sua descrittiva definizione e attingendo ai dati biblici che confermano la nostra comprensione della depressione come una complessa esperienza bio-psico-

spirituale²¹. Alcuni dati e osservazioni dal mondo della scienza saranno istruttivi per l'ampiezza del disordine e per la sua relazione con la dimensione religiosa e spirituale della persona.

Secondo un recente *Psychological Bulletin* pubblicato dall'Associazione Americana di Psicologia: "La depressione e i sintomi depressivi sono tra i più comuni fra tutti i disordini mentali e fra tutte le malattie. In tutto il mondo, 330 milioni di persone soffrono di depressione in ogni momento con la prevalenza che si stima si estenda al 2%-3% per gli uomini e al 5%-12% per le donne (Associazione Psichiatrica Americana, 2000). Approssimativamente 20 milioni di persone si sono recate dal medico negli anni 1993-1994, comprese le relazioni di sintomi depressivi (Pincus et al., 1998)"²². Se questi numeri rappresentano una accurata descrizione dell'estensione del fenomeno, essi ci sfidano a rispondere prontamente a questo tipo specifico di sofferenza di così tanti fratelli e sorelle nelle nostre chiese particolari.

In un articolo informativo di ricerca pubblicato nel *The Canadian Journal of Psychiatry*, Marzo 2002, intitolato "Impegno dei Psichiatri Canadesi per i Degenti Religiosi: Una Associazione per la Salute Mentale", troviamo i seguenti risultati della ricerca: "Un totale di 59% (del campione di ricerca) credeva in Dio che ricompensa e punisce, un 27% aveva un'elevata frequenza di partecipazione al culto, il 35% pregava una volta o più durante il giorno. Coloro che con maggiore frequenza presenziavano al culto avevano sintomi di depressione meno gravi, una più breve degenza, una maggiore soddisfazione nella vita, e più bassi tassi di abuso di alcool nel tempo presente e durante il corso della loro vita, quando erano paragonati a quelli che avevano una minore o nessuna presenza al culto. Per contrasto, una spiritualità privata era associata a sintomi di depressione più bassi, e solo a un attuale minore uso di alcool, e la frequenza della preghiera non aveva significative associazioni"²³. L'informazione attira la nostra attenzione.

Nella ricerca riportata nel *Hand-*

book of Religion and Health concernente il ruolo dei professionisti sanitari e religiosi, in interazione con i pazienti negli ospedali degli Stati Uniti, è messa in evidenza l'influenza positiva della religione nei processi di guarigione. Parlando dei professionisti sanitari si dice: "Dopo... il riesame della ricerca sulla religione e sulla salute, abbiamo indagato le implicazioni di questa ricerca per i medici (medici, psichiatri e psicologi) e per altri professionisti sanitari (come le infermiere, i lavoratori sociali, i consulenti e i terapeuti fisici e ergoterapisti). Ci siamo focalizzati su come le risultanze della ricerca vengono applicate al lavoro quotidiano dell'assistenza dei pazienti... L'istruzione medica è rivolta ad addestrare maggiormente i medici a indirizzarsi ai bisogni spirituali e religiosi, o almeno a valutare il bagaglio religioso dei pazienti in merito a decisioni per l'assistenza sanitaria"²⁴.

Riguardo ai professionisti religiosi, leggiamo nella stessa ricerca: "La ricerca che dimostra un legame tra i fattori religiosi o spirituali e la salute, in particolare la salute mentale, ha significative implicazioni per il clero. Questo è specialmente vero per i cappellani a causa della pressione crescente a cui sono esposti dagli amministratori degli ospedali per dimostrare l'impatto del loro lavoro sugli esiti sanitari. La ricerca ci ha mostrato che la vasta maggioranza dei pazienti sia nel reparto medico che in quello psichiatrico, ha necessità spirituali e religiose che probabilmente ha un effetto sulla loro abilità a tener testa alle loro malattie e influenza la velocità del loro recupero fisico. I cappellani sono unicamente posti ad andare incontro ai bisogni spirituali dei pazienti ed essi sono i soli professionisti nell'ambiente dell'assistenza sanitaria che sono addestrati a fare questo"²⁵.

L'infiltrazione dell'umanesimo secolare in molti aspetti della vita accademica ha significativamente impedito la presentazione di una prospettiva religiosa o cristiana della persona umana. Specialmente in molte università di medicina o delle scienze di infermieristica c'è una assenza di una solida comprensione teologicamente basata

della sofferenza e della speranza. È anche vero che una generale comprensione dell'unità bio-psichica-spirituale della persona è stata grandemente diminuita. Queste sono delle valide irresistibili ragioni per noi per cercare nuove opportunità di far presente al mondo della scienza e dell'istruzione e della pratica medica la ricca eredità dell'antropologia cristiana.

Mentre la depressione è divenuta di nuovo importante nella nostra epoca, non è un fenomeno peculiare nel nostro tempo. La tradizione monastica antica generò qualche approccio alla depressione di particolare interesse. I termini come "tristezza" o la trilogia delle caratteristiche di "accidia-ignavia-tristezza" associati alla depressione sono molto ben descritti e trattati nell'esperienza monastica dei tempi antichi nella Chiesa, come per esempio nei maestri spirituali come Giovanni Cassiano²⁶. L'antico monachesimo qualche volta osservò l'esperienza della depressione in associazione con i peccati capitali e prescrisse per la sua cura i biblici rimedi della conversione della mente e del cuore²⁷.

Per ragioni molteplici e complesse c'è una esplosiva emergenza della depressione connessa con le malattie nel nostro tempo. Mentre è evidente un interesse di salute medico e mentale, anche questo indica una crisi culturale che richiede attenzione. La depressione è una malattia che influenza particolari persone, ma abbiamo anche bisogno di valutare la situazione dei riferimenti culturali che possono contribuire alla malattia. La visione cosmica e il modo di comprensione e l'interpretazione della vita sono delle influenze significative che contribuiscono alla depressione. Il secolarismo, il relativismo post moderno, l'edonismo e le diverse crisi epistemologiche prevalenti in molti settori della società contemporanea generano una cultura che pone la gente ad alto rischio di una perdita di significato nella vita e nel conseguente stato di disperazione.

Su un livello culturale, troviamo un "agnosticismo funzionale"²⁸ nella comprensione e nello stile di vita di molti uomini e donne del nostro tempo. Molte persone incluse quelle che professano una

devozione religiosa vivono come se la fede non avesse valore nei reali problemi e questioni della vita. Ad un livello di una concreta vita quotidiana, essi conducono le loro vite secondo i chiusi orizzonti del funzionalismo razionalista. I criteri e i valori di questo "agnosticismo funzionale" sono chiusi al vangelo. Inoltre, la ricerca per il comfort e per la gratificazione dei sensi come ultimi scopi in questa cultura tronca l'anelito umano per l'infinito. Insieme questi fattori costruiscono una reale "cultura dell'accidia" in cui il dinamismo interiore che cerca la trascendenza e il profondo significato della vita è addormentato. Questo risultato è una certa rinuncia dell'identità umana.

In netto contrasto a questo agnosticismo funzionale è la visione dell'antropologia cristiana che riguarda la persona umana creata da Dio e chiamata a partecipare alla vita di Dio e al suo divino amore. Il dinamismo presente al centro del nostro essere ci orienta a cercare la fondamentale felicità e il profondo significato. Vivere e agire secondo questo dinamismo apre i nostri orizzonti all'infinito e alla ricerca per la pienezza della vita. Quando lo spirito umano è formato in questa visione, diventiamo vigili alla chiamata nella nostra interiorità più profonda per rispondere con libertà al Signore.

Influenzati dalla "cultura della morte" molta gente nel mondo oggi rifiuta o ignora la ricerca dell'infinito. Di conseguenza, vi è una decrescente comprensione del significato della sofferenza da una prospettiva cristiana e un inaridimento del terreno della speranza. Un eclissi della fede coerente nel mistero dell'Incarnazione conduce ad un impoverimento della comprensione dello scopo e del potenziale dell'esistenza umana. Mancando una adeguata comprensione di se stessi e con una debole o assente teologia della croce e della sua promessa di una condivisa gioia della Risurrezione del Signore Gesù, molti dei nostri contemporanei diventano preda della seduzione della cultura della morte.

Con gli orizzonti chiusi a ciò che giace oltre il piano orizzontale dell'esistenza, la cultura dominante secolare ci lascia con una incapa-

cità a fronteggiare il dolore, la sofferenza, o qualsiasi forma di disagio. Inoltre le premesse di questa cultura liquidano la possibilità di un dialogo con le più profonde implicazioni dell'esperienza umana, lasciando solo una forma di comprensione di se stessi superficialmente psicoanalizzata che non ha la capacità di proporre adeguati o duraturi rimedi per la malattia della depressione. Perfino in queste circostanze, la ricerca del benessere continua ad emergere come un profondo impulso del cuore umano. Nelle parole eterne di S. Agostino di Ippona scopriamo la profondità della saggezza psicologica e spirituale della tradizione Cattolica concernente questa ricerca quando egli scrive all'inizio della meditazione delle sue Confessioni: "Ci hai fatto per te, e il nostro cuore non ha pace finché non riposa in te"²⁹. È solo per la scoperta di Dio e per il benigno disegno della provvidenza che l'umano sforzo per l'estrema felicità e completezza può essere realizzato. Nelle società opulente questa riflessione riguardante la ricerca per la felicità è un modo fruttifero per invitare la gente a riaccendere la ricerca della verità e di Dio.

Malattie bio-psico-spirituali

La depressione è una malattia. Il termine "depressione" non è appropriatamente applicato a un lieve o perfino a un intenso stato di tristezza, se è occasionale e transitorio. Tutti in un periodo o in un altro, sperimentiamo tristezza o momenti neri. La malattia che chiamiamo depressione ha dei sintomi caratteristici. Per chiarezza in questa presentazione riassumerò dalle descrizioni mediche disponibili i più importanti sintomi e indicazioni con i quali la malattia può essere riconosciuta.

Sembra che ci sia un accordo nella letteratura scientifica che per poter considerare una persona sofferente della malattia della depressione, alcuni dei seguenti sintomi dovrebbero essere simultaneamente presenti per un significativo periodo di tempo (minimo una settimana): tristezza persistente, ansia, stato d'animo ansioso o "vuoto"; sensazione di disperazione, pessi-

mismo; sensi di colpa sproporzionati, di inutilità, di inettitudine; perdita di interesse o del piacere negli hobbies e nelle attività di cui una volta si godeva; calo di energia, agitazione o rallentamento psicomotorio, fatica, sentirsi “giù di corda”, difficoltà di concentrazione, della memoria, nel prendere decisioni; insonnia risvegli al mattino presto o dormire troppo; appetito e/o perdita di peso o mangiare troppo e mettere su peso; panico o attacchi di ansia; pensieri di morte o tentativi di suicidio; mancanza di quiete o irritabilità, sintomi fisici persistenti che non rispondono alle cure mediche come i mal di testa, i disordini digestivi, e il dolore cronico³⁰.



Perfino una rapida visione dei sintomi descritti rivela che opprimente peso questa malattia costituisce per coloro che ne soffrono, specialmente se non c'è un “senso” per l'esperienza.

Gli studi rivelano che un certo tipo di depressione ricorre nelle famiglie, indicando che l'eredità può svolgere un ruolo nel contribuire alla vulnerabilità biologica della malattia. Le famiglie in cui i membri delle generazioni successive soffrono della malattia bipolare mostrano che coloro che hanno la malattia manifestano una costituzione genetica un po' diversa da coloro che non ne soffrono. Curiosamente, il contrario non è vero: non ogni membro della famiglia che ha la vulnerabilità genetica alla malattia bipolare necessariamente ha la malattia. Questo sembra indicare che altri fattori come lo stress possono essere la causa scatenante dell'attacco della ma-

lattia. Mentre vi è prova di un trasferimento generazionale della maggiore depressione nelle famiglie, può anche accadere nelle persone nella cui famiglia non ci sono mai stati casi della malattia. Il disturbo è spesso associato con cambiamenti nelle funzioni cerebrali o nelle strutture cerebrali. Frequentemente, l'attacco della depressione è scatenato da una combinazione di fattori genetici, psicologici e ambientali, particolarmente situazioni o avvenimenti intensamente stressanti. Successivi episodi della malattia possono essere scatenati solo da esperienze mediamente stressanti, o perfino da nessuna esperienza. Quale che sia la causa o le circostanze scatenanti della depressione, il ruolo dell'esperienza religiosa e il possesso di convinzioni consolidate della fede occupano una posizione chiave nel recupero dell'equilibrio mentale e nella guarigione dalla malattia³¹.

S. Paolo ci offre una antropologia che è chiara nella sua definizione di ciò che lui chiama “*neuma*” (spirito) come distinto da – *psiqué* (anima), *cardia* (cuore) e *nous* (mente). Egli distingue anche *neuma* da quegli aspetti della persona che egli chiama *soma* (corpo) e *sarx* (carne). Queste distinzioni sono quelle che danno una base alla tradizione teologica e filosofica che considera *pneuma*, l'elemento spirituale della nostra antropologia, come costitutiva della realtà umana e diversa dalla nostra psiche e/o ragione. Per esempio, leggiamo nella lettera di Paolo ai Tessalonicesi: “Il Dio della Pace vi santifichi fino alla perfezione, e tutto quello che è vostro, *spirito, anima e corpo*, si conservi irrepreensibile per la venuta del Signore nostro Gesù Cristo”³². Le tradizioni Agostiniane e Tomiste testimoniano anche il valore e la presenza singolare dello “spirito” o “anima” nell'essere umano come distinto dal corpo, dalla ragione e dalle emozioni.

Sottigliezze e sviluppo di questi, e simili fini distinzioni nell'antropologia sono oltre lo scopo di questa presentazione. Li menziono solo a sostegno della asserzione che la persona umana ha bisogno di essere considerata come una unità “bio-psico-spirituale”. La mancanza di questa prospettiva

è ciò che contribuisce maggiormente alla incompletezza di alcune moderne teorie psicologiche. Considerando la persona umana come una unità di tutti e tre gli elementi o dimensioni si richiede di prendere ogni aspetto seriamente e vederlo nella sua connessa relazione e significato.

Per ogni discorso sulla malattia e sulla completa guarigione, la totalità degli elementi o degli aspetti che costituisce la persona umana ha bisogno di essere considerata. Le dimensioni “bio-psico-spirituali” della persona umana sono aspetti differenti della nostra antropologia, sempre uniti e nella totale interattività. In questo stato d'animo potremo tener conto dell'impatto della Grazia di Dio e del potere dei Sacramenti come fattori importanti che contribuiscono al conseguimento e al mantenimento della salute psicologica e fisica, in aggiunta al loro effetto spirituale immediato, come possiamo testimoniare nell'esperienza pastorale. Ci sono esempi dimostrabili nella vita pastorale quotidiana di autentiche guarigioni che avvengono quando qualcuno accetta la Parola di Dio, riceve la grazia dei sacramenti, si affida alla preghiera, o con il lavoro della grazia. Mentre si può considerare il potere dell'autosuggestione, chiaramente l'influenza della grazia compie cose meravigliose.

Per una completa comprensione della depressione, tutti questi elementi della persona umana devono essere considerati. Perfino con una salda padronanza dell'unità “bio-psico-spirituale” della persona, rimane un ulteriore rischio di separare uno o l'altro di queste dimensioni. Questo è ciò che noi possiamo chiamare un riduzionismo psico-spirituale. Si possono negare o minimizzare gli aspetti psichici o biologici della depressione. Non importa ciò che causa un episodio di depressione, tutti e tre gli elementi della persona sono influenzati e hanno bisogno di essere curati. Mentre si evitano le influenze bio-psicologiche nella cura della depressione, è anche importante evitare quelle psico-spirituali. C'è un aspetto biologico e organico della depressione e ha bisogno di essere incluso in ogni adeguato approccio alla comprensione o alla

cura della malattia. A volte i problemi psico-spirituali possono avere una causa somatica, come in altri casi le malattie fisiche possono avere una base psico-spirituale. Il punto qui è che tutte e tre le dimensioni della persona umana si collegano in una interazione costante e non si può trattare un aspetto senza avere un impatto sugli altri. L'esperienza clinica mostra che nel trattare certe forme di depressione l'appropriato medicamento può essere il più efficace per una prima risposta, seguito dal sostegno psicologico, spirituale e comunitario che permette al paziente di recuperare il suo equilibrio fisico e interiore.

È importante notare che ci sono molte e varie influenze causative che contribuiscono alle malattie depressive. A volte una persona può semplicemente sperimentare nella vita la convergenza delle pressioni di richieste e situazioni al di là delle proprie capacità. Specialmente, quando per delle circostanze la propria vita perde il suo significato e le strutture che sostengono il significato sono indebolite, la pressione intensa o lo stress può portare a una risposta depressiva. Questo processo ha il suo dinamismo e sia la persona conscia o meno della mancanza di un sostegno adeguato nel suo ambiente personale e per quanto riguarda il significato della sua vita, la conseguenza è una situazione di squilibrio.

Quando qualcuno che soffre di depressione diventa più consapevole del suo bisogno di aiuto e recupera la capacità di valutare la sua situazione con qualche obiettività, la guarigione diventa più probabile. Nella maggior parte dei casi in cui la malattia persista, sembra che sia collegata all'incapacità di fuggire da una percezione completamente soggettiva dei fattori che ci causano dolore³³.

I processi e i metodi di interpretazione della propria esperienza sono frequentemente una considerazione più rilevante della semplice presenza dei fattori di stress. Non è insolito per la depressione essere scatenata da una intensa frustrazione personale, causata da irrealistiche aspettative delle proprie azioni, dall'errata interpretazione della realtà, dall'interiorizzazione

di sensi di inferiorità o di inadeguatezza, o dalla dipendenza di inappropriate aspirazioni nell'impossibilità di soddisfarle. Altri fattori possono svolgere un importante ruolo per il sorgere della depressione, particolarmente nei valori della attuale cultura dominante vi è l'eccessivo stress per la perfezione dell'immagine fisica, pressioni per eccellere e arrivare ad essere dei campioni in azioni fisiche come si vede nel mondo delle competizioni sportive, una valutazione eccessiva del valore del benessere materiale, del successo, della moda o del piacere.

Mentre ci sono molte cause e conseguenze organiche della depressione, la riscoperta di una visione cristiana integrata della persona e della società ha un immenso

potenziale per delle efficaci risposte a questa malattia. L'obiettivo e fiduciosa interpretazione della vita personale e delle realtà sociali che la fede cristiana porta offre un potente antidoto alle frenetiche pressioni del mondo secolarizzato. Riscoprire il significato della vita e delle sue lotte e interpretare il proprio personale e sociale contesto con criteri evangelici offre delle sorgenti potenti per una autentica guarigione. Terapie diverse necessitano di tenere in mente l'unità essenziale della persona umana, e il potenziale per la crescita e per il cambiamento positivo. Questo processo di trasformazione interiore, che nel linguaggio biblico è chiamato *metanoia*, indica la capa-

Riflessioni Pastorali

Alcune delle nuove espressioni dell'azione dello Spirito Santo nella Chiesa di oggi, come il sorgere dei nuovi movimenti ecclesiali e di nuove comunità nella vita cristiana, contengono una grande promessa per quanto riguarda i bisogni reali e urgenti dei nostri giorni. In molti di questi movimenti c'è una sviluppata sensibilità per com-



prendere l'influenza e l'impatto che la cultura secolare e i suoi valori generano nella vita moderna. I nuovi movimenti ecclesiali offrono delle interpretazioni promettenti, delle soluzioni creative e delle intuizioni pastorali per molte sfide contemporanee³⁵. Vari pastori con grande acume hanno capito questa interessante evidenza del lavoro dello Spirito ai nostri giorni, fornendoci dei solleciti e interessanti studi³⁶.

Ciò che noi troviamo in alcuni di questi movimenti è una riscoperta della saggezza antica della Chiesa proposta con un nuovo vigore e con nuove espressioni. L'ardore con cui queste nuove "espressioni ecclesiali" interagiscono con la

ciò che noi troviamo in alcuni di questi movimenti è una riscoperta della saggezza antica della Chiesa proposta con un nuovo vigore e con nuove espressioni. L'ardore con cui queste nuove "espressioni ecclesiali" interagiscono con la

cultura crea ciò che a volte è una potente sorgente di più profonda comprensione di certe sfide e di certi problemi dei nostri giorni. Questo è specialmente vero per quei movimenti che hanno abbracciato l'importanza della solidarietà, della comunione e della comprensione compassionevole della sofferenza che risulta dall'assenza di significato.

Alcune delle esperienze di successo di cui siamo stati testimoni nella vita di certe nuove comunità possono essere collegate alla visione intensamente fiduciosa della vita che è nutrita dalla loro integrazione della prospettiva di fede nella vita quotidiana. Questo è molto di più di una semplice gioia o ottimismo. Né è una questione di misurare le incidenze maggiori o minori della depressione tra gli aderenti ai movimenti. Ciò che essi offrono è una chiara spiritualità che forma e fonda la comprensione della vita che attinge alle fonti battesimali del significato nella confessione della fede cristiana. Vigili alla pedagogia di Dio nei problemi e nelle lotte quotidiane essi nutrono un forte clima di reciproco accompagnamento tra i loro membri. Alcuni di questi movimenti cercano di ricreare la vita delle prime comunità che celebravano la loro fede nel Cristo crocifisso e risorto nella gloria, vivendo profondi legami di solidarietà e comunione di amore³⁷.

Vorrei menzionare alcuni modi e vie ottenuti dall'esperienza pastorale nella vita dei nuovi movimenti che sembrano possedere una speciale promessa per il nostro punto focale sulla malattia della depressione e per la ricerca del benessere:

a) conversione della mente e del cuore – l'esperienza della "metanoia": "Trasforma te stesso con la conversione della tua mente...". Nel permanente contatto con l'aggressione culturale alcuni movimenti hanno sviluppato delle chiare posizioni e criteri cattolici per la formazione dei loro membri. Notiamo l'interesse e il contributo di molti dei fondatori di questi movimenti per l'analisi della cultura contemporanea e la proposta di efficaci soluzioni pastorali per le varie crisi e problemi;

b) enfasi su una vibrante vita spirituale, crescita in una efficace e affettiva relazione con il Signore. Diverse metodologie o spiritualità sono adottate dai vari movimenti, ma con un reale ardore;

c) vita sacramentale: favorire una apertura alla grazia del Signore come una sorgente di forza nella vita quotidiana;

d) apprezzamento per la bellezza e la potenza della liturgia della Chiesa per evangelizzare e trasformare le nostre vite, portandoci a contatto con le realtà più sacre;

e) prolungato incontro con la Parola di Dio che è una "spada a doppio taglio...", penetra e forma i nostri pensieri, sentimenti e azioni in conformità con la mente del Signore;

f) amare la vita come una celebrazione. Questa è espressa nella gioia dell'essere in comunità, con la produzione di arte, e musica e poesia, e nella consacrazione delle realtà temporali agli scopi di Dio;

g) identificazione chiara del ruolo della comunità nella Chiesa e tenendo conto della universale chiamata alla santità attraverso i diversi ministeri e vocazioni;

h) impegno alla solidarietà con le persone bisognose e con le persone che soffrono;

i) promuovere una posizione realistica davanti alla vita che è radicata in una fede e speranza mature. Una fede integrata con le sfide e le difficoltà della vita quotidiana entro una ampia comprensione della vita in conformità con il Vangelo;

j) esperienze profonde di riconciliazione e di accettazione di sé;

k) integrazione dei talenti personali con la formazione secolare, tecnologica, professionale per la trasformazione della cultura in conformità ai progetti di Dio;

l) fedeltà alla Chiesa, al suo Magistero, ai suoi ministri;

m) creatività nei metodi di evangelizzazione;

n) cercare di avere un indiviso cuore Cattolico; amando la Chiesa e pensando con lei;

o) impegno con gli sforzi apostolici della Chiesa;

p) impegno nella vita di comunità, segnata da una apertura gioiosa ai nuovi membri. Amicizia incoraggiata come un modo motivazionale e ascetico alla conversione;

q) formazione di quei membri chiamati agli Ordini Sacri che è in armonia con la spiritualità del movimento; promuovere un efficace addestramento omiletico, intellettuale, spirituale e pastorale;

r) abbracciare una ben fondata Mariologia che comprenda e promuova il ruolo della nostra Madre Benedetta nelle vite dei membri;

s) tenere in gran conto e sostenere la famiglia come una "scuola di virtù" e come il luogo per un forte impegno nella Chiesa e una testimonianza dell'amore alla cultura;

t) coerente testimonianza di vita negli ambienti secolari. Vivere la vita in modo positivo e fiducioso mentre ci si impegna nelle lotte quotidiane come un modo per evangelizzare la cultura;

u) conoscenza e uso delle metodologie nuove e tradizionali entro la vita della Chiesa;

v) apertura all'accompagnamento o alla direzione spirituale.

La maggior parte delle vie e dei modi di vita sopra menzionati sono concreti, attraenti e accessibili per quasi ogni persona che cerca un'esperienza di comunità cristiana. Quando si abbracciano questi metodi – "sempre vecchi e sempre nuovi" si possiede una grande promessa per la ricostruzione delle nostre parrocchie e comunità con una nuova vitalità radicata nel Vangelo. L'importanza della formazione di una autentica comunità cristiana è quella che fornisce un ambiente per la crescita personale e della comunità. Crea anche un clima in cui la guarigione delle ferite e delle esperienze stressanti di vita è accresciuta dalla saggezza di una visione impregnata di fede del "mistero dell'uomo". La fede e la sua comune espressione nella comunità non dissolve la tensione della vita, ma offre un sentiero a quella destinazione che si trova davanti a noi e per la quale noi aneliamo con una sicura speranza. Nel ricco e profondo intuito di Monsignor Luigi Giussani sulla natura della comunità cristiana leggiamo: "Soli non possiamo essere noi stessi. La compagnia che sarà chiamata la comunità cristiana, è essenziale per l'itinerario dell'uomo... Il concetto cristiano dell'esistenza umana prevede che la co-

munità umana non aderirà mai completamente con la sua libertà alla condizione alla quale Gesù ci richiama. Perciò, la vita dell'umanità nel mondo sarà sempre confusa e infelice. Ma il compito di coloro che hanno scoperto Gesù Cristo – il compito della comunità cristiana – è precisamente di determinare la soluzione dei problemi umani sulla base della chiamata di Gesù³⁸.

Le nostre parrocchie e comunità hanno bisogno di diventare più consapevoli pienamente del loro ruolo come centri di significato, e come luoghi di guarigione e di appartenenza. La gioia e lo scopo che provengono da una vita di fede impegnata, i forti legami di solidarietà e di comunione e una vibrante consapevolezza della presenza di Dio sono potenti aspetti nella vita di una comunità cristiana che riduce la vulnerabilità ai danni dello stress e dei disordini depressivi. Una attenzione pastorale speciale può essere data alla formazione di consiglieri che siano ben versati in scienze umane e nella teologia così da essere pronti ad offrire un efficace aiuto al crescente numero di persone che lottano con la depressione e cercano di controllare i loro alti livelli di stress nelle loro vite. Abbiamo bisogno del migliore intuito, delle più efficaci terapie che la scienza possa offrire, ma ancor di più abbiamo bisogno della certezza e della gioia della fede nel mistero dell'Incarnazione, come l'evento che ha trasformato la storia, la verità della quale siamo chiamati a riconoscere con amore. "Il compito del Cristiano è adempiere il più grande compito nella storia – annunciare che l'uomo, Gesù di Nazaret è Dio."³⁹ Prendere questo mistero seriamente significa che le lotte e i problemi della vita come espressioni della realtà del mondo non sono estranee alla fede o all'intervento di Dio.

Umiltà e speranza

Precisamente per la scelta di Dio di mandare a noi Suo Figlio in una natura umana, abbiamo bisogno di riconoscere e accettare la totalità della nostra condizione umana con tutta la sua fragilità e

con il suo potenziale di grandezza, con la sua miseria e la sua dignità, come aspetti del profondo mistero dell'umanità. Vivere in questa verità della nostra reale identità davanti a Dio, sorgente e origine del nostro essere, è divenire come la Vergine Maria – umile e libera nella completa accettazione del suo stato come creatura, interamente aperta a Dio.

La virtù dell'umiltà è indispensabile nel processo di guarigione perché apre la persona sofferente al profondo significato della sua esperienza, ed eleva la lotta umana alla sua altissima dimensione come anelito per la pienezza della "salus-salute-dalvezza"⁴⁰. Ricordiamo il magnifico passaggio nel Vangelo di Matteo dove Gesù ci dice: "Venite a me, voi tutti che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò. Prendete il mio giogo sopra di voi e imparate da me, che sono mite e umile di cuore, e troverete ristoro per le vostre anime. Il mio giogo infatti è dolce e il mio carico leggero"⁴¹.

Ogni persona che è disposta a entrare nella profondità della sua umanità attraverso la sofferenza, scopre da una parte un desiderio per la pienezza e l'infinito, e dall'altra – la sua fragilità e la sua contingenza. In questa esperienza della nostra fragilità e vulnerabilità, scopriamo che in qualsiasi limitazione fisica, psicologia o spirituale che incontriamo, il Signore ci invita a rispondere alla sua chiamata e trovare in lui la nostra forza e salvezza. La verità della nostra umanità ci è rivelata dalla sofferenza che ci porta alla sorgente della verità, "Veniva nel mondo la luce vera, quella che illumina ogni uomo"⁴². La Speranza è il dono e la promessa del nostro incontro con il Verbo Incarnato. Questo incontro è l'apertura alla nostra vera vita, così eloquentemente espressa nel documento del Concilio sulla Chiesa nel Mondo Moderno: "Egli Che è «l'immagine del Dio invisibile», è Egli stesso l'uomo perfetto. Nei figli di Adamo Egli restaura la divina somiglianza che era stata sfuggita dal primo peccato originale. Poiché la natura umana da Lui assunta non fu annullata, per questo è stata anche innalzata a dignità divina a nostro riguardo. Per la Sua incarnazione il Figlio di Dio

ha unito se stesso in qualche modo con ogni uomo. Egli ha lavorato con mani umane, ha pensato con una mente umana, ha agito con scelte umane e amato con un cuore umano. Nato dalla Vergine Maria, Egli è stato fatto veramente uno di noi, come noi in tutte le cose eccetto il peccato. Come agnello innocente Egli ci ha meritato la vita versando liberamente il Suo sangue. In Lui Dio ci ha riconciliati a Sé e tra di noi; Egli ci ha liberato dalla schiavitù del diavolo e del peccato, cosicché ognuno di noi può dire con l'Apostolo: «mi ha amato e ha dato Sé stesso per me». Soffrendo per noi Egli non solo ci ha fornito un esempio da imitare, Egli risplende come un segno e se lo seguiamo, la vita e la morte diventano sante e hanno un nuovo significato"⁴³.

Ciò che abbiamo detto precedentemente concernente il mistero della sofferenza è portato al suo più completo significato quando comprendiamo la nostra esperienza come una partecipazione alla vita e alla sofferenza di Cristo. Senza significato, la sofferenza ci annienta e ci porta alla disperazione. Posta alla luce dell'amore sofferente di Cristo sulla Croce, la nostra sofferenza diventa un mezzo per portarci oltre i limiti della nostra finitezza. Rimane, nondimeno profondamente misteriosa. Il Papa Giovanni Paolo cattura questa delicatezza quando scrive: "L'umana sofferenza evoca *compassione*; evoca anche *rispetto* e a suo modo *intimidisce*. Poiché nella sofferenza è contenuta la grandezza di un mistero specifico. Questo speciale rispetto per ogni forma dell'umana sofferenza deve essere posta all'inizio di ciò che sarà espresso qui più tardi dal più profondo *bisogno del cuore* e anche dal profondo *imperativo della fede*. Sul tema della sofferenza queste due ragioni sembrano attrarsi particolarmente le une alle altre e diventare una: il bisogno del cuore ci comanda di superare la paura e l'imperativo della fede – formulato, per esempio nelle parole di San Paolo citato all'inizio – fornisce il contenuto nel nome del quale e in virtù del quale osiamo toccare ciò che appare in ogni uomo così intangibile: poiché l'uomo, nella sua sofferenza, rimane un intangibile mistero"⁴⁴.

Conclusione

L'oggetto della cura pastorale in presenza della sofferenza umana è in definitiva nutrire quella speranza che è nata dal Vangelo. Questa è la speranza che non delude⁴⁵. Camminando umilmente nel tragitto della vita con i nostri compagni viaggiatori, noi siamo tutti soggetti, in un modo o nell'altro, al peso della sofferenza e del dolore. Istruiti dal mistero della Croce di Cristo, noi siamo tutti invitati ad abbracciare la nostra lotta umana come il sentiero a quella pienezza di vita che è il nostro più profondo anelito. Questo è ciò che abbiamo chiamato la divina pedagogia della Croce. La voce dell'Amore che ci convoca da Uno che pende dalla Croce, ci invita a rispondere, ad accompagnarlo nel Suo intenso dolore, per guardare con Lui oltre i limiti dell'usurpante oscurità là dove la brillante luce dell'eternità splende su di noi. Questa è la chiamata dell'infinito che ci incita alle complete profondità della nostra esistenza.

Nutriti dalla divina promessa, il Cristiano consapevole di essere un pellegrino in questa terra, vive in una permanente "tensione". Confidando nelle promesse di Cristo e non nella nostra forza andiamo avanti attraverso l'oscuro mistero della sofferenza illuminata da Cristo. Perfino nel mezzo delle prove e delle sofferenze ci viene offerta la gioia nella sicura consapevolezza che Dio è con noi e che i nostri

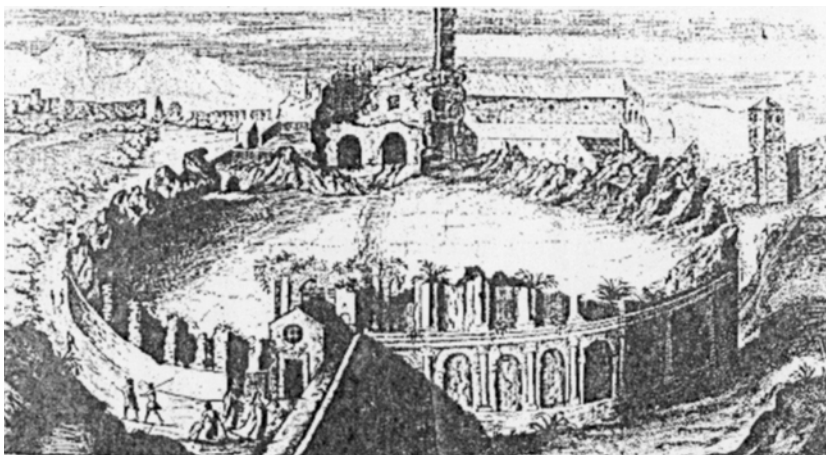
pianti sono uditi. Anelando con tutta la nostra forza alla pienezza della vita e della prosperità, ci rivolgiamo al Signore, dicendo: "Spera, o mia anima, spera. Tu non sai né il giorno né l'ora. Guarda attentamente, perché ogni cosa passa velocemente, anche se la tua impazienza rende dubbioso ciò che è certo, e cambia un tempo breve in uno lungo. Sogna che tu più lotti, più provi l'amore che tu hai per Dio e più ti rallegrerai un giorno con il tuo amato, in una felicità e estasi che non può mai finire"⁴⁶.

S.E.Mons. JAMES M. WINGLE
Vescovo di S. Caterina,
Canada

Note

- ¹ *Salvifici Doloris*, 2
- ² *Evangelium Vitae*, 12
- ³ *Gaudium et Spes*, 10
- ⁴ *Fil* 2,6-7
- ⁵ *Col* 1,24
- ⁶ *Salvifici Doloris*, 1
- ⁷ *Puebla Document*, 15
- ⁸ *Confessioni I*, 1,1, SANT'AGOSTINO
- ⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Crossing the Threshold of Hope*, p.180, Borzoi Book published by Silfred A. Knof, Inc., 1994.
- ¹⁰ *Gaudium et Spes*, 20; *Redemptoris Missio*, 14c; *Dominum et Vivificantem*, 29b.
- ¹¹ *Puebla Document*, 185-186
- ¹² *Puebla Document*, 281
- ¹³ *Reconciliatio et Paenitentia*, 7; cf *Rom* 5, 10f; cf *Col* 1, 20-22
- ¹⁴ *Reconciliatio et Paenitentia*, 15
- ¹⁵ *Libertatis Conscentia*, 38, Congregazione per la Dottrina della Fede.

- ¹⁶ *Evangelium Vitae*, 12; cf. *Sap* 1,13-14; cf. *Sap* 2, 23-24
- ¹⁷ *Centesimus Annus*, 50b
- ¹⁸ *Reconciliatio et Paenitentia*, 16
- ¹⁹ *Reconciliatio et Paenitentia*, 22
- ²⁰ S.S. PIO XII, Discorso al V Congresso Internazionale di Psicoterapia e Psicologia Clinica, 15-4-1953: AAS 45, (1953), P.284
- ²¹ *I Tes* 5,23
- ²² *Psychological Bulletin* 2003, Vol 129, N.4, 614-636
- ²³ *Canadian Journal of Psychiatry*, vol 47, N.2, Marzo 2002
- ²⁴ HAROLD KOENIG, MICHAEL MC CULLOUGH, DAVID B. LARSON, *Handbook of Religion and Health*. Oxford 2001.
- ²⁵ *Op. cit.*
- ²⁶ *Institutiones*, Giovanni Cassiano, Rialp. 1979
- ²⁷ *Rm* 12,2
- ²⁸ *Nostalgia de Infinito*, Luis Fernando Fígari. E-book. Ve Multimedios, Lima 2002. P. 28-29.
- ²⁹ S. AGOSTINO DI IPPONA, *Le Confessioni*, Libro 1, no. 1.
- ³⁰ Istituto Nazionale di Salute Mentale, Pubblicazione No. 02-3561, Stampato 2000.
- ³¹ Centro Internazionale della Integrazione della Salute e della Spiritualità. *Approcci di Ricerca*. Gen/2003.
- ³² *Ts* 5,23
- ³³ LAZARUS, 1991b, p.112
- ³⁴ *Rm* 12,2. *Mc* 1,15. *Redemptoris Missio* 59a. *Redemptor Hominis* 16h,20e.
- ³⁵ GIOVANNI PAOLO II, Discorso 29-9-1984; Omelia alla Vigilia di Pentecoste 25-5/1996,7.
- ³⁶ CARDINALE JORGE MEDINA STÉVEZ, allora Arcivescovo di Valparaíso. *Apuntes sobre el tema de los moviminetos eclesiales*. Valparaíso-Cile. 1994.
- ³⁷ GIOVANNI PAOLO II e i MOVIMENTI ECLESIALI, *Dono dello Spirito*. German Doig Vida y Espiritualidad. Lima 1998. P.46-58
- ³⁸ LUIGI GIUSSANI, *At the Origin of the Christian Claim*, translated by Viviane Hewitt (Montreal & Kingston: McGill-Queens University Press, 1998), pp. 96,98
- ³⁹ LUIGI GIUSSANI, *At the Origin of the Christian Claim*, p.107
- ⁴⁰ Cardinal LOZANO BARRAGÁN, *Teología y Salud*.
- ⁴¹ *Mt* 11, 28-30
- ⁴² *Gv* 1,9
- ⁴³ *Gaudium et Spes*, 22
- ⁴⁴ *Salvifici Doloris*, 4.



5. Dialogo interreligioso: il senso della depressione e del malessere considerato nella visuale delle religioni

ABRAMO ALBERTO PIATTELLI

5.1 La visuale ebraica

Le cause della depressione, secondo gli studiosi, non sono del tutto chiare. Sono numerosi i fattori che concorrono a determinarla: predisposizione genetica, fattori socio-ambientali e psicologici. A determinare tale condizione, così frequente ai nostri giorni, si ritrovano situazioni di disperazione, di preoccupazione, di emarginazione, di alienazione, di dolore e di lutto.

Con questo intervento, desidero rifarmi a casi di depressione quali si ritrovano all'interno del gruppo ebraico, provando ad individuarne le cause e a focalizzare il contributo che alla soluzione del problema può offrire l'ebraismo alla luce della sua millenaria tradizione.

Dall'esame della condizione del depresso, ciò che più suscita angoscia ed interesse è la constatazione di come viene soppresso ogni dinamismo vitale, il che si traduce in forte diminuzione degli interessi e delle iniziative fino a ridurre l'attività del soggetto all'inibizione completa.

Si tratta di una condizione che a ben guardare costituisce l'esito di un percorso che ha condotto l'individuo al distacco dalla società che lo circonda, alla sua emarginazione dal gruppo con il quale invece avrebbe dovuto interessere e rafforzare legami e interessi.

In una società in cui si esalta l'individualismo e vengono limitati i rapporti tra gli uomini, ogni individuo rischia di essere alienato e isolato dalla società.

In questo drammatico contesto, è giusto richiamare le parole della Scrittura: *“Non è buona cosa che l'uomo sia solo”* – esistere da soli non è cosa buona, secondo il Creatore.

Dal punto di vista teologico la comunità umana è contrapposta alla solitudine sia dell'uomo che di quella della Divinità. *“Dal primo giorno della creazione – afferma un midrash – il Santo, benedetto Egli sia, ha desiderato di entrare in comunione con il mondo terrestre e abitare in mezzo al creato insieme con le Sue creature”*.

Un filosofo del nostro tempo, L. Furbach, ragionando sulla dottrina dialogica di Martin Buber, afferma tra l'altro: *“L'essere umano, preso individualmente, non costituisce in sé l'essenza dell'uomo; sia come essere etico che pensante”*. Insomma questa essenza si ritrova nella unità dell'uomo con il suo prossimo.

Qualunque ebreo che conduca una esistenza secondo i dettami della tradizione conosce quanto siano stretti i rapporti che lo legano con la collettività. Allo stesso modo la collettività non può ignorare la condizione del singolo individuo e ritenerlo invece parte integrante di se stessa.

I ricordi nazionali uniscono tutti gli ebrei e li sostengono nella loro missione. Così pure la prassi religiosa quotidiana assicura un legame tra tutti i membri della comunità. Il legame con la comunità per l'ebreo è fondamentale. Tutta la

prassi ebraica è costruita in modo che l'individuo trovi in essa la sua giusta collocazione.

Prendiamo in esame, per esempio, quella che il Rabbino J.D. Soloveitchik definisce come *“comunità di preghiera”*. Con questa si vuole indicare una comunità unita nel comune dolore, nella comune sofferenza, come pure nella comune gioia. Secondo la tradizione ebraica la lingua della preghiera deve essere sempre al plurale, in modo che l'orante associ sempre il proprio prossimo alle suppliche espresse. Anche le preghiere individuali, quelle cioè espresse in occasione di malattia, di lutto o di altri momenti critici, debbono essere espresse al plurale. Alla persona colpita da un lutto si dice: *“Possa l'Onnipotente consolarti insieme con coloro che si addolorano per la sorte di Sion e di Gerusalemme”*, mentre ad un ammalato si dice: *“Prego che sia inviata la guarigione a questo individuo come pure a tutti gli altri ammalati”*. In questa forma l'intera comunità si fa carico dell'altrui sofferenza e si adopera per il suo reinserimento. Ciascuna delle pratiche dell'ebraismo ha una valenza socializzante. La celebrazione delle varie ricorrenze tende ad esaltare la significativa partecipazione di ogni individuo. Ad esempio, la celebrazione del *Kippur*, il giorno dell'espiazione durante il quale la comunità trascorre l'intera giornata in riflessione, in digiuno e in preghiera alla ricerca del perdono sia di Dio che degli

uomini, costituisce un importante occasione per ristabilire i vincoli tra tutti membri della comunità nella solidarietà e nella riaffermazione del comune destino.

Senza dubbio la celebrazione del *Seder*, la cena pasquale, durante la quale ogni ebreo rivive l'antica esperienza della schiavitù in Egitto e della sua liberazione, costituisce un momento importante sia per l'individuo che per la collettività. Si tratta di un procedimento di attualizzazione di eventi trascorsi, all'interno del quale ogni

partecipante viene chiamato ad esternare le proprie perplessità e ad offrire risposte circa il significato della celebrazione.

La correlazione che esiste tra individuo e società e gli obblighi che da questa correlazione derivano costituiscono il fondamento dell'intero ebraismo.

Nel nostro tempo, in cui il sintomo più evidente della depressione è da ricercarsi nell'emarginazione dell'individuo e nella sua non rilevanza all'interno della società, la tradizione ebraica ribadisce il va-

lore della sua partecipazione alla vita della comunità, proprio perché in questo contesto l'uomo è destinato a manifestare tutta la sua dignità. La preoccupazione della comunità nei confronti dell'individuo depresso significa liberare questo dall'angoscia, dalla paralisi e dalla disperazione.

Prof. ABRAMO ALBERTO
PIATTELLI

*Rabbino presso la Comunità Ebraica
di Roma*

*Docente di Ebraismo Postbiblico
alla Pontificia Università Lateranense*

KAMEL AJLOUNI

5.2. La depressione e la sua cura alla luce del Corano e della Sunnah

Dio ha mostrato nel Suo Libro Glorioso e il santo profeta Maometto – che la pace sia con lui – ha indicato numerose linee-guida che proteggono un credente dalla depressione e da molti disturbi psicologici prima che possano aver effetto, che gli forniscono l'immunità a queste malattie e lo conducono alla guarigione ed alla liberazione, qualora egli dovesse cadere vittima.

È vero che la medicina ha raggiunto incredibili progressi nella cura delle malattie del corpo, ma le malattie psicologiche, che hanno proliferato con il progredire della civiltà materialistica, non possono essere curate né evitate, né l'uomo può avere l'immunità e il potere di contrastarle con la medicina moderna, malgrado il suo grandissimo progresso; la malattia psicologica deve essere affrontata anche per mezzo della fede in Dio e nei Suoi Nomi più belli.

Nei prossimi paragrafi verrà chiarito quanto segue.

1. La concezione di divinità nel

Sacro Corano e i suoi effetti sulla salute psicologica: Dio è il Signore di tutti i mondi, l'altamente misericordioso e pietoso. Questi sono tra gli attributi e i nomi di Dio in cui un musulmano crede, che ripete nella propria preghiera e nelle manifestazioni di culto e che prende a guida per tutta la propria vita. Questi attributi riempiono il cuore del credente con l'amore del suo Signore che ha cura di lui, gli elargisce le Sue benedizioni e gli concede la Sua misericordia. Se un credente fa del bene, Dio sarà più benevolo nei suoi confronti e, se fa del male, Dio gli spalancherà la porta perché egli possa godere del Suo perdono e gli consentirà di pentirsi, di correggere il proprio comportamento e di ritornare al suo Signore. Dio sia lodato – in questo caso:

قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب
جميعاً إنه هو الغفور الرحيم

(Di: "O miei servi che avete trasgredito contro le vostre anime! Non disperate della Misericordia di Dio, perché Dio perdona tutti i peccati: Egli è sommamente Indulgente e Misericordioso). (Surat al Zumar, 39, verso 53).



Il principale motivo per cui l'uomo viene meno davanti alle tensioni, alle fatiche, alle esigenze, alle paure e ai rischi della vita è che egli non trova il riparo ed il luogo sicuro dove incontrare la

propria tranquillità, il riposo e la serenità. La vera fede è il luogo del conforto e del riparo nel quale un credente sente l'invito del suo Signore che dice:

أم من يجيب المضطر إذا دعاه ويكشف السوء.. "النمل/62"

(O, chi risponde quando l'(animo) affranto Lo invoca, Chi dà sollievo alle sue sofferenze?) (Surat al-Naml, 27, verso 62).

Dio, sia egli lodato, dice anche:

وقال تعالى " قل من يرزقكم من السماء والأرض أم من يملك السمع والإبصار ومن يخرج الحي من الميت ويخرج الميت من الحي ومن يدبر الأمور، فسيقولون الله، فقل أفلا تتقون" يونس/31

(Di: "Chi vi provvede il cibo dal cielo e dalla terra, chi domina l'udito e la vista, chi trae il vivo dal morto e il morto dal vivo, chi governa ogni cosa?". Subito risponderanno: "Dio". Di', "Non [gli] mostrerete dunque misericordia?") (Surat Viunus, 10, verso 31).

Egli dice anche:

قل من ينجيكم من ظلمات البر والبحر تدعونه تضرعاً وخفية لئن أنجانا من هذه لنكونن من الشاكرين، قل الله ينجيكم منها ومن كل كرب ثم أنتم تشركون/الأنعام 63 و64

(Di: "Chi vi salverebbe dalle tenebre della terra e del mare, quando Lo invocate umilmente e in silenzioso terrore: «Se solo Egli ci sollevasse da questi pericoli, (promettiamo che) saremo certamente riconoscenti». Di: "È Dio che vi libererà da queste e da tutte le (altre) angosce: e tuttavia venerate falsi dei!") (Surat al-An'am, 6, versi 3,64).

Le tenebre della terra e del mare indicano gli orrori e le avversità, le calamità e i rischi a cui è esposto l'uomo. Il Corano Glorioso mette in evidenza casi in cui l'uomo crolla quando viene privato della benedizione o quando gli vengono

restituite carità e misericordia, e come un credente invece si mantiene saldo nella propria perseveranza quando perde la grazia e rivolge il proprio ringraziamento a Dio quando gode di questo favore. Dio, sia egli lodato, dice:

ولئن أذقنا الإنسان منا رحمة ثم نزعناها منه إنه ليؤوس كفور / ولئن أذقناه نعماء بعد ضراء مسته ليقولن ذهب السيئات عني إنه لفرح فخور / إلا الذين صبروا وعملوا الصالحات أولئك لهم مغفرة وأجر كبير "هود 9-11"

(Se facciamo gustare all'uomo la nostra misericordia e poi gliela neghiamo, ecco che si dispera e cade nella bestemmia. Ma se gli facciamo gustare la (nostra) grazia dopo che la sventura l'ha colpito, dirà certamente, "Tutti i mali si sono allontanati da me": Ecco! Egli diverrà esultante e borioso. Non così si comportano coloro che mostrano perseveranza e costanza, lavoro e rettitudine; essi avranno il perdono (dei peccati) e grande ricompensa) (Surat Hud, versi 9-11).



2 – Non ci dovrebbe essere disperazione, né sconforto. Il vero credente è fortificato dalla sua stessa fede contro tutto ciò che causa disperazione, impotenza e frustrazione di fronte alle avversità

e alle sofferenze. In questo senso egli è guidato dai sacri versi coranici e dagli *hadiths* (detti) del profeta Maometto. In questo contesto Dio – sia egli lodato – dice:

وإن يمسسك الله بضر فلا كاشف له إلا هو وإن يردك بخير فلا راد لفضله
يصيب به من يشاء من عبادة وهو الغفور الرحيم "يونس/107"

(Se Dio decreta che ti giunga una sventura, non c'è nessuno che possa liberartene, eccetto Lui. E se vuole un bene per te, nessuno può ostacolare la Sua grazia: Egli ne gratifica chiunque egli voglia tra i Suoi servi. Egli è Colui che Perdona, il Misericordioso) (Surat Yunus 10, verso 107).

3 – Seguendo l'esempio del profeta Maometto – la pace sia con Lui – che ha affrontato le più gravi calamità e difficoltà senza venirne indebolito, arrendersi o scoraggiarsi; tramutando di fatto le disgrazie in doni e trasformando le avversità

in prosperità. Ed intanto il suo Signore gli diceva di non crucciarsi a morte mentre sentiva la caparbia, il rifiuto ed il pregiudizio della sua stessa gente. Qui Dio Onnipotente dice a Maometto:

فلعلك باخع نفسك على آثارهم إن لم يؤمنوا بهذا الحديث أسفاً الكهف 6 –
ومعنى باخع نفسك: مهلكها

(Ti struggerai forse, crucciandoti a morte, seguendoli nel dolore, se non credono in questo Discorso?) (Surat al-Kahf, 18, verso 6).

4 – Venerazione, commemorazione di Dio, preghiera e sincera fiducia in Dio: ciò include l'abbandonarsi a Dio, la rinascita del proprio cuore nella celebrazione di Dio, la sincera dipendenza da Dio, affidando a Lui le nostre questioni ed aspettando la Sua ricompensa; affrancamento dai pesi del materialismo, derivati dall'attaccamento agli orpelli della vita terrena;

purificazione dalla disobbedienza e dai peccati che opprimono l'anima e la riducono ad una mera schiava delle passioni e dei desideri carnali, cosicché se una persona perdesse questi piaceri transitori, si verrebbe a trovare nell'amarezza del tormento e dello sconforto. In questo contesto, Dio Onnipotente dice:

فأذكروني أذكركم وأشكروا لي ولا تكفرون/ يا أيها الذين آمنوا إستعينوا
بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين ولا تقولوا لمن يقتل في سبيل الله
أموات، بل أحياء ولكن لا تشعرون/ ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع
ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين/ الذين إذا أصابهم
مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة
وأولئك هم المهتدون "البقرة 152-157"

(Ricordatevi dunque di Me e Io mi ricorderò di voi. Siatemi riconoscenti e non rinnegate la Fede. O voi che credete! Rifugiatevi nella paziente perseveranza e nell'orazione: perché Dio è con coloro che perseverano pazientemente. E non dite di coloro che sono stati uccisi sulla via del Signore: "Sono morti". No, essi vivono, anche se non ve ne accorgete. Siate certi che vi metteremo alla prova con terrore e fame e con la perdita di beni, di persone o di frutti (del vostro lavoro), ma date la buona novella a coloro che perseverano pazientemente, che dicono, quando li coglie una disgrazia: "Apparteniamo a Dio e a Lui ritorniamo". Essi sono coloro sui quali (discendono) la benedizione e la misericordia di Dio, essi sono coloro che ricevono la guida). (Surat al-Baqarah 2, versi 152-157).





La fede nell'Aldilà e nel suo effetto di protezione contro queste malattie, e la loro cura

Credere nell'Aldilà amplia l'orizzonte del credente e il suo atteggiamento nei confronti della vita, in modo che egli non soffra delle

difficoltà di questo mondo. Così un vero credente non è colui che è soddisfatto solamente quando raggiunge i suoi fini terreni e che, se non riesce a raggiungerli, si sente debole, depresso e rovinato e pensa di aver perso tutto.

Ciò su cui attira l'attenzione il Sacro Corano è dove Dio dice:

إِنَّ الْإِنْسَانَ خَلَقَ هَلُوعًا، إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا، وَإِذَا مَسَّهُ الْخَيْرُ مَنُوعًا، إِلَّا
الْمُصْلِينَ/ الَّذِينَ هُمْ عَلَى صَلَاتِهِمْ دَائِمُونَ/ وَالَّذِينَ فِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ مَّعْلُومٌ/
لِلْمَسْكِينِ وَالْمَحْرُومِ/ وَالَّذِينَ يُصَدِّقُونَ بَيِّمَاتِ الدِّينِ/ وَالَّذِينَ هُمْ مِنْ عَذَابِ رَبِّهِمْ
مُشْفِقُونَ "... إِلَى قَوْلِهِ تَعَالَى "أُولَئِكَ فِي جَنَّاتٍ مُكْرَمُونَ" المَعَارِج 35-19

(In verità l'uomo è stato creato molto impaziente; prostrato quando lo coglie la sventura; e meschino quando è benedetto da Dio; non così coloro che sono dediti alla preghiera: coloro che sono costanti nella loro preghiera; e colui sui cui beni è riconosciuto il diritto per i (bisognosi) che chiedono e per colui che non può (per qualche ragione) chiedere; e coloro che perseverano nella verità del Giorno del Giudizio; e coloro che temono la disapprovazione del loro Signore, ché in verità la disapprovazione del loro Signore è l'opposto della Pace e della Serenità; e coloro che si mantengono casti, eccetto che con le proprie spose e con le (schiave) che possiedono, poiché (allora) non sono biasimevoli; ma coloro che vanno oltre sono dei trasgressori; e coloro che rispettano le proprie verità ed i propri impegni, e coloro che sono fermi nella propria testimonianza; e coloro che difendono (la sacralità) della loro fede; costoro saranno onorati nei Giardini (della Beatitudine) (Surat al-Ma'arij, 70, versi 19-35).

In conclusione: il musulmano/a affetto/a da depressione dovrebbe:

1. chiedere un parere medico moderno, poiché la legge dell'Islam dice che dovremmo cercare la cura per ogni malattia perché Dio ha creato una medicina per ogni malattia eccetto la morte;
2. credere che Dio e solo Dio lo

salverà e gli conferirà pace e serenità;

3. essere dedito a Dio e credere in Lui è l'unica prevenzione e protezione dalla depressione.

Prof. KAMEL AJLOUNI
Presidente del Centro Nazionale
per Diabete, Endocrinologia e Genetica
Università di Amman, Giordania

BHARATI PATIL

5.3. Il significato della depressione e del malessere dal punto di vista dell'induismo

“Mente sana in corpo sano”. La salute mentale dell'individuo riveste un ruolo importante nel benessere di una persona. La WHO definisce la salute come “benessere fisico, mentale e sociale”. Nel corso degli ultimi due decenni, l'interesse e la ricerca nel campo della salute e dei disturbi mentali

sono cresciuti rapidamente. Un recente studio condotto dalla WHO ha previsto che, in termini di onere sanitario, entro il 2020 (cioè nei prossimi diciassette anni), la depressione diventerà la seconda malattia al mondo, superando diabete, cancro, artrite, ecc.

La malattia depressiva è univer-

sale e da tempo memorabile è molto comune in seno alla società. Le sue caratteristiche cliniche sono state descritte nell'antica letteratura indiana da Sudarka, un noto drammaturgo del II secolo a.C. Essa veniva menzionata in modo rilevante nei testi sacri dell'India, nella sua letteratura mitologica e

nelle due epiche, il *Ramayana* ed il *Mahabharata*. Nel *Mahabharata*, Arjun era afflitto da questa malattia. Egli dice: “La mente è molto irrequieta, risoluta ed energica, o Krishna, Krishana, è più difficile controllare la mente che il vento”.

“La mente cagiona schiavitù o liberazione”. Il versetto è un gioco di parole etimologico; *manu*, umano, deriva da *uomo*, “pensare”. Anche Milton nei suoi versi dice che la mente è padrona di se stessa; essa può rendere il paradiso inferno e l’inferno paradiso. La mente, che dovrebbe essere fonte di gioia, “ananda”, diventa fonte di dolore “dukha”. Nell’*Atharvaveda*, la mente viene chiamata il sesto senso, che viene attivato in noi dall’Essere Supremo.

L’antica civiltà indiana era un’unione concreta dello sviluppo poliedrico di arte, architettura, letteratura, religione, morale e scienze come venivano intese in quel tempo. Ma il risultato più importante del pensiero indiano fu la filosofia, che veniva considerata come il fine di tutte le più importanti attività, sia pratiche che teoriche, ed indicava il punto d’unione tra apparenti diversità.

Sono grato agli organizzatori di questa 18ª Conferenza Internazionale sull’assistenza sanitaria cattolica per avermi invitato a partecipare al dialogo interreligioso e per avermi offerto l’opportunità di esprimere la mia opinione su “Il significato della depressione e del malessere dal punto di vista dell’Induismo”.

L’Induismo è una delle principali religioni dell’India, che si fonda su un tipo di misticismo etico, basato sulle sacre scritture. Al centro c’è l’amore per la vita in tutte le sue forme. L’Induismo ritiene che le nostre azioni in questa vita generino Karma o conseguenze nella prossima vita. La reincarnazione (sulla ruota della vita, *Samsara*) può essere ad un livello superiore o meno, a seconda delle azioni che si compiono nel presente. L’Induismo accetta corpo e anima come partner alla pari nella vita e l’uso di entrambi nella vita religiosa. Quando gli Indù si incontrano, essi salutano Dio come presente nell’altro. Molti Indù credono che la pratica religiosa comporti il risveglio dei “chakras”, o

centri energetici del corpo, per lasciare che l’energia divina scorra liberamente nel corpo. Questa percezione rientra nel concetto orientale ed occidentale di corpo energetico, o “aura”, che circonda il corpo fisico.

Concetto di mente nei Veda (dal 10000 al 5000 a.C.)

Nei *Veda*, che sono i più antichi testi scritti della razza umana, la mente è concepita come un elemento funzionale dell’*Atman* (l’anima, il sé). Nel *Rigveda* e nello *Yajurveda* si fa menzione dell’uso della preghiera attraverso i mantra per far giungere alla mente pensieri nobili. È stato affermato che i pensieri definiscono i lineamenti del viso e ne influenzano le sembianze, e che essi possono essere purificati attraverso i mantra e che questi pensieri purificati condizionano gli istinti. Nei *Veda* particolare evidenza viene data alla prevenzione del dolore mentale (depressione).

Il *Rigveda* descrive la prontezza di mente, la curiosità per i meccanismi della felicità mentale, le preghiere per la felicità mentale ed i metodi per incrementare l’intelligenza (*medha*). Nel *Rigveda* è stato inoltre asserito che la purificazione della mente previene le malattie negli esseri umani, si dovrebbero perciò avere pensieri nobili. È stato anche descritto il potere della mente nella guarigione. Sono stati descritti per la prima volta i tre aspetti della personalità – *Satva*, *Raja* e *Tama* – e sono state identificate separatamente le malattie mentali e le malattie fisiche, pregando che queste malattie mentali non distruggano il corpo.

Nello *Yajurveda* la mente viene concepita come la fiamma interiore della conoscenza. Questo testo definisce la conoscenza percettiva come mente e la mente come *Yog* e *Samadhi* (stato della mente), ed afferma che tutti i nostri organi sensoriali funzionano sotto il controllo della mente.

Secondo il *Bhagvad Gita* sensi ed oggetti colpiscono costantemente la mente. In questo testo si dice che il sé è come il padrone della biga ed il corpo è la sua biga. L’intelletto è l’auriga e la mente

rappresenta le redini. Si dice che i sensi sono i cavalli e gli oggetti dei sensi sono le strade. I sensi (cavalli) devono essere controllati dal buddhi (l’auriga) per mezzo delle redini, la mente. La mente, trattenuta o non trattenuta dal buddhi, conduce rispettivamente alla regione della gioia intensa o al ciclo della nascita e rinascita (*Samsara*).

La mente dell’uomo è come un vero e proprio campo di battaglia, “*manahkshetra*”, nel quale vige un costante stato di guerra tra forze avverse. Questa costante lotta all’interno della mente era detta dagli antichi greci “psicomachia”.



L’era ayurvedica (1500-1400 a.C.)

L’*Ayurveda*, che significa “scienza della vita”, trae le proprie radici dall’*Atharvaveda* ed è una delle scienze antiche. I documenti classici scritti sono il *Charak Samhita* ed il *Shushrut Samhita*. Essi descrivono i disordini mentali e i tipi di personalità sulla base dei triguna (*satva*, *raj* e *tam*) e dei tridosha, i tre umori del corpo (*vat*, *pitta* e *kapha*). Vengono menzionati qui di seguito i 14 fattori che causano i disturbi mentali.

Pragyaparadh – riguarda un comportamento sociale fuori dalla norma e azioni che derivano da invidia, orgoglio, paura, ira, avidità e da un modo di pensare arrogante ed ingannevole.

Anuchit bramhacharya – chi sta

seguendo le leggi del brahmacharya che comprende l'Indriya Nigrah, cioè il controllo sulle richieste dell'istinto. Per questo, quando la persona compie azioni per gratificare le proprie necessità istintive, il suo conscio non è in grado di controllare la mente e diviene oppresso da conflitti che portano a disturbi mentali, come la depressione.

Durbal satva – nelle persone con caratteristiche satva deboli, sono presenti caratteristiche raj e tam più forti, ciò fa sorgere emozioni come ira ed emotività incontrollata che portano ai disturbi mentali.

Durbal Sharir – le carenze nutrizionali causano una struttura fisica debole che può portare a disturbi mentali.

Sharir dosh vikriti – secondo Sushrut e Charak, l'aumento di uno dei tre umori del corpo, sia esso vat, pitta o kapha, porta a disturbi mentali come l'insonnia, l'ira, la paura, ecc.

Manas dosh – (fattori psicologici) dalla disfunzione di raj o tam derivano diverse emozioni dannose.

Agantuk karan – fattori esterni che colpiscono il corpo, come batteri e spiriti maligni.

Manobhigat kardravya – trauma mentale causato da abuso di sostanze nocive.

Malinahar vihar – cattiva alimentazione e cattivo stile di vita portano entrambi alla malattia mentale.

Manoabhighat – trauma mentale causato da stress.

Ashast manah – conflitti mentali.

Ojokshaya – la perdita di fiducia porta alla debolezza della mente, alla depressione.

Ayukta nidra – un'eccessiva ed inadeguata durata del sonno porta alla malattia mentale.

Chintya man – ansia inadeguata.

Secondo il trattato Vedanta, la struttura dell'uomo può essere ulteriormente divisa in cinque livelli materiali che circondano l'Atman. L'Atman è l'essenza della personalità. Nel diagramma viene rappresentato dal simbolo mistico. I cinque cerchi concentrici attorno al simbolo rappresentano i cinque livelli della materia. In Sanscrito essi vengono chiamati corpi o ko-

sha. Il primo, l'*Anna-maya kosha*, il corpo umano grossolano, è costituito dai *panchmahabhuta* – i cinque elementi primordiali, cioè *Akash* (l'etere), *Vayu* (l'aria), *Agni* (il fuoco), *Jal* (l'acqua) e *Prithvi* (la terra). Esso è sotto il diretto controllo del corpo successivo più sottile, il *Pranmaya kosha*, che consiste nell'energia vitale.

I tre *khosa* successivi, *Manomaya*, *Vigyanmaya* e *Anandmaya*, riguardano le facoltà mentali di



una persona. Il *Manomaya kosha* riceve tutti gli input sensoriali, li interpreta come buoni e cattivi ed aspira a quelli buoni. Il quarto corpo, o *Vigyanmaya kosha*, è costituito dal sentimento del "me" e del "mio" e dalla facoltà dell'intelligenza e del ragionamento. Il quinto, o *Anandmaya kosha*, che significa pieno di piacere, costituisce il corpo più interno, in prossimità dell'anima.

Quando si considerano i sintomi della depressione, l'effluvio religioso appare evidente nei sensi di colpa e di peccato e nell'idea di espiazione attraverso un atto suicida. Persino l'apatia e la pigrizia sono considerate segni e simboli di diavoli e spiriti maligni. In India, psichiatri e psicologi utilizzano la religione come psicoterapia. Essa svolge determinate funzioni, come rispondere alla domanda sul significato essenziale; fornisce sostegno emotivo, coesione sociale, senso di appartenenza ed una guida nella vita. Uno stato mentale equilibrato ed il sostegno della pace sono sempre stati l'aspirazione di tutti i filosofi.

Il Gita afferma "Lascia che un uomo si sollevi da solo, che non si degradi, poiché egli è il suo stesso amico ed il suo stesso nemico". La

nostra mente possiede una funzione preventiva e curativa. Comportamenti, pensieri, inclinazioni e sentimenti sani possono dare equilibrio; questo rende manifesto il fatto che ci sono in noi enormi risorse disponibili per la guarigione. Tutto questo viene chiamato "complesso di Anjeneya" e viene studiato nella psicoterapia.

Poiché l'India è stata la culla di santi e di saggi, di scienziati e dei fondatori delle principali religioni

del mondo, alcune pratiche yoga e religiose aiutano a raggiungere uno stato mentale equilibrato. Maharshi Patanjali, il padre del moderno concetto di yoga e grande medico, ha definito lo yoga come la completa padronanza della mente e delle emozioni. Si tratta di una scienza che ci mostra il modo per unire corpo e mente. L'unica forma di yoga studiata scientificamente è la Meditazione Transcendentale, una tecnica di meditazione particolare come è stata insegnata dallo Yogi Maharshi Mahesh. Egli asserisce che dopo regolari periodi di meditazione anche di pochi mesi, l'individuo diviene più resistente agli stress della vita, lavora con maggior efficienza ed ha meno probabilità di diventare dipendente da alcol o droghe.

La terapia vedica dà molto rilievo alla dieta satvica, poiché la dieta ha grande effetto sul temperamento umano. Il cibo non vegetariano rende l'uomo lussurioso, vendicativo e furioso; mentre la dieta vegetariana lo rende gentile, tranquillo, premuroso. Inoltre i Veda impongono all'uomo di lasciare l'apatia e condurre una vita d'azione.

Alcuni rituali indù come

Bhajans e Kirtans, e il salmodiare dei mantra – che Swami Sivananda di Rishikesh chiama Namapathy – aiutano ad eliminare le inibizioni e le resistenze e portano nel campo della coscienza vigile molti stimoli, emozioni e complessi che stavano creando difficoltà nell'inconscio e sono utili per raggiungere uno stato di profondo rilassamento. Allo stesso modo esistono alcune feste e cerimonie indù associate non solo a dei e dee, ma anche con il sole, la luna, i pianeti, i fiumi, gli oceani, gli alberi e gli animali. Alcune delle feste indù sono Deepawali, Holi, Dussehra, Ganesh Chaturthi,

che consentono alla gente di condividere le proprie gioie ed i propri dolori ed aiutano a sollevare il morale.

Queste numerosissime occasioni festive e pratiche religiose rendono la tradizione indiana ricca e variopinta. Ci danno la forza, la tolleranza, l'adattabilità, il coraggio, la cooperazione, la pazienza e l'umiltà che aiutano a reintegrare la salute olistica, l'armonia e la felicità nella nostra vita e nella società di oggi.

Dott.ssa BHARATI PATIL
Specialista in Psichiatria
Mumbai (India)

Bibliografia

- A.VENKOBARAO:
- The Karma theory and Psychiatry, *Indian Journal of Psychiatry*, 2001,43(2).
- 'Mind' in Indian philosophy, *Indian Journal of Psychiatry*, 2002,44(4).
- Culture, Philosophy and Mental Health, 1997. Bhavan's Book University, Mumbai.
BANSI PANDIT, *The Hindu Mind*, New Age Books, 2001.
JITENDRA N.GUPT, *Integrating Main stream and Alternative Systems and Of Medicine*. (Undated).(Online).
VIDYA BHUSHAN GUPTA, www.infinityfoundation.com/mandala/s_es/s_es_Gupta_medicine.htm (10 Settembre 2003).
KANAYALAL M.TALREJA, *Philosophy of Vedas*, Talreja publication, 1982, Ulhasnagar-Mumbai.
SHIV GAUTAM, Mental health in Ancient India and its relevance to Modern psychiatry, *Indian Journal of Psychiatry*, 1999,41(1).

RAYMOND R.M. TAI, HENG-CHING SHIH

5.4. La visuale buddista

Introduzione

È un grande onore essere stato invitato a parlare del problema della depressione dal punto di vista del Buddismo in questo importante incontro internazionale. Secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), nel 2001 il 3% della popolazione mondiale soffriva di depressione. La depressione rappresenta una delle malattie più minacciose per la salute pubblica del 21° secolo, oltre al cancro e all'AIDS. Benché io provenga da un Paese in cui i Buddisti rappresentano la maggioranza, non sono di fede buddista. Quando mi è stato chiesto di parlare su "Il Significato della depressione e del malessere dal punto di vista del Buddismo", ho esitato ad accettare l'invito poiché non so molto sulla depressione. Tuttavia, mi fu consigliato di chiedere consiglio a dei Buddisti reli-

giosi e laici. Dopo alcune ricerche preliminari, decisi di accettare l'offerta fattami.

Se consideriamo l'esempio di Taiwan e degli Stati Uniti, il problema della depressione è molto serio. Secondo una recente ricerca del 2002 effettuata dall'Ufficio per la Promozione della Salute, del Ministero della Salute del mio Paese, a Taiwan circa il 9% dei 18,4 milioni di persone oltre i 15 anni presenta sintomi di depressione; ciò vuol dire che 1,63 milioni su un totale di una popolazione di 23 milioni soffre di depressione, il più delle volte causata dalle sfide che la gente deve affrontare in una società consumistica sempre più competitiva. Le donne soffrono di disordini depressivi in misura doppia rispetto agli uomini. Soltanto il 2,3% delle persone depresse ricorre a trattamenti medici. Il rapporto ha rivelato anche che il 32% dei cosiddetti "colletti bianchi" ha

pensieri suicidi, il 26% pensa di picchiare i propri superiori, e solo l'8,2% assume medicine per alleviare la pressione psicologica a cui è sottoposto.

Secondo un'altra recente ricerca sulla depressione svolta dagli Istituti Nazionali per la Salute degli Stati Uniti, oltre il 16% degli Americani, e cioè 35 milioni di persone, soffre di depressione grave tanto da aver bisogno di trattamento in un certo momento della vita, il che risulta in una perdita pari a 30 miliardi di dollari per i datori di lavoro.

Rendendomi conto della gravità del problema, ho cercato l'aiuto della Prof. Heng-ching Shih, una monaca buddista, laureatasi all'Università del Wisconsin e Professore di Filosofia presso l'Università Nazionale di Taipei. La professoressa Shih ha scritto molti saggi sulla spiritualità buddista nella società moderna, in particolare a

Taiwan, Cina, Corea e Giappone. Ella afferma che il Buddismo ha un approccio differente nei confronti della depressione; esso infatti affronta il problema ricorrendo alla meditazione e ponendo l'accento sulla compassione e sull'amore. Benché questi metodi possano non essere rapidi né sempre efficaci, non si è mai sentito parlare di effetti collaterali. Vorrei ora presentare l'intervento della professoressa Shih.

La depressione è uno dei disordini emotivi più comuni, che colpisce un numero sempre più grande di persone nel mondo di oggi. Benché gli psicologi e gli psichiatri non abbiano ancora scoperto tutto in materia di depressione, sono d'accordo nell'affermare che i sintomi apparenti della depressione comprendono disforia, perdita di interesse, anedonia, disfunzione sociale, problemi di memoria e di concentrazione, scarsa autostima, tendenze suicide, vergogna e colpa, disperazione, disturbi dell'alimentazione e del sonno, ecc. (Costello, 1993). Tutti questi sintomi precipitano a causa di fattori biologici e psicologici, e cioè anomalia neurologica, malattia, lutto, frustrazione, disoccupazione, e così via.

Permettete che, anziché discutere le cause, i sintomi e le cure della depressione dal punto di vista psicologico e psichiatrico occidentale, io mi rivolga al Buddismo per trovare analisi e risposte diverse. C'è un detto cinese: "La malattia della mente può essere curata solo con la medicina della mente". In effetti, il Buddismo è la codifica della chiara visione dello sviluppo della psicologia umana fatta dal Gotama Buddha nel corso dell'analisi meditativa sulla propria mente. Così, l'enfasi primaria del Buddismo viene posta sull'apprendimento e sulla trasformazione della mente e del corpo attraverso l'esperienza spirituale diretta.

1. Le quattro nobili verità

Come un eccellente dottore della mente, la diagnosi della vita umana attraverso le Quattro Nobili Verità (四聖諦) fatta dal Buddha ci fornisce la chiara visione delle

cause e delle cure della depressione. Le Quattro Nobili verità sono: la sofferenza (*dukkha* 苦), la causa dell'insorgere della sofferenza (集), la cessazione della sofferenza (滅) e le vie che conducono alla cessazione della sofferenza (道). Questa dottrina indica il sintomo, la diagnosi, la prognosi e lo schema terapeutico per alleviare la sofferenza umana (Rahula, 1959, pp. 16-50).

Nella Prima Nobile Verità, il Buddha ha messo sullo stesso piano l'intera esistenza e il *dukkha* (la sofferenza). Oltre al significato generale della sofferenza come "dolore", "pena" o "infelicità", il *dukkha* comprende anche significati più profondi come "imperfezione", "transitorietà", "vuoto", "inconsistenza".



Il concetto di *dukkha* può essere considerato sotto tre diversi aspetti: (1) come normale sofferenza (苦苦), (2) quale prodotto del cambiamento (變苦), e (3) come stato condizionato (行苦). Il *dukkha* come normale sofferenza si riferisce a tutte le situazioni di sofferenza nella vita, come la nascita, la vecchiaia, la malattia, la morte, i rapporti con persone o situazioni sgradevoli, la separazione dalle persone amate e dalle circostanze piacevoli, il non ottenere ciò che si desidera, le lamentele, le difficoltà: tutte quelle forme di sofferenza fisica e mentale che vengono universalmente accettate come sofferenza e dolore.

Il Buddismo insegna che tutto è provvisorio. Le cose straordinarie esistono grazie a particolari cause e situazioni. Quando un sentimen-

to di felicità o una situazione favorevole nella vita – che non sono mai durature – cambia, produce dolore, sofferenza e infelicità. Queste vicissitudini rappresentano il *dukkha* come sofferenza prodotta dal cambiamento.

La terza forma di *dukkha* come stato condizionato non è facile da capire perché implica la comprensione di ciò che il Buddismo considera come "essere". Secondo la filosofia buddista, ciò che noi chiamiamo un "essere" è solo una combinazione di forze ed energie fisiche e mentali in continuo cambiamento che possono essere suddivise in cinque gruppi o aggregati, cioè quelli di materia (色), sensazioni (受), percezioni (想), formazione mentale (行) e consapevolezza (識). Il Buddha ha detto: "Questi cinque aggregati di attaccamento sono *dukkha*". L'esistenza e l'attaccamento ai cinque aggregati, che costituiscono la personalità, sono sofferenza. In altre parole, i cinque aggregati e il *dukkha* non sono due cose diverse; i cinque aggregati sono essi stessi *dukkha*.

La Seconda Nobile Verità è causata dall'insorgere della sofferenza: desiderio, attaccamento e brama. Nel *Majjhima Nikaya*, il Buddha ha spiegato: "È la brama, che porta il risveglio dell'essere, accompagnata da piacere e lussuria, il desiderio ardente del piacere sensuale, la bramosia di essere e di non-essere". Dal punto di vista del Buddismo, la sofferenza trae origine dalla nostra difficoltà nel riconoscere un aspetto fondamentale della vita: che tutto è caduco e transitorio. La sofferenza nasce quando opponiamo resistenza al flusso della vita e ci attacchiamo alle persone, agli eventi e alle idee come fossero permanenti. La dottrina della provvisorietà comprende anche il concetto che non esiste un singolo sé che sia il soggetto della nostra esperienza mutevole.

La Terza Nobile Verità è che la sofferenza può essere completamente rimossa e che è possibile raggiungere l'emancipazione, la liberazione e la libertà dalla sofferenza.

La Quarta Nobile Verità fornisce uno schema terapeutico, l'Ottuplice Sentiero (八正道), per alleviare la sofferenza e raggiungere uno stato di salute ideale. L'Ottuplice Sen-

tiero è: retta parola (正語), retta azione (正業), retti mezzi di sussistenza (正命), retto sforzo (正精), retta attenzione (正思), retta concentrazione (正定), retta visione (正見) e retto pensiero (正念). Queste otto pratiche mirano ad incoraggiare e perfezionare i tre fondamenti della formazione e della dottrina buddista, e precisamente: (1) condotta etica (*sila* 戒), (2) disciplina mentale (*samadhi* 定) e (3) saggezza (*prajna* 慧).

2. La sofferenza

La questione della sofferenza umana ha impegnato sia il Buddismo che la psicoanalisi sin dai loro inizi. L'ansia e le affezioni depressive sono state al centro della maggior parte delle opinioni psicoanalitiche sulla psicopatologia e sulla sofferenza. Sia l'ansia che la depressione sono correlate alla perdita, cioè la perdita di oggetti, la perdita dell'amore e la perdita fisica. La depressione è correlata alla perdita nel presente o nel passato, mentre l'ansia si riferisce alla perdita nel futuro (Christensen, 1999, pp. 39-42).

La sofferenza è il desiderio o l'augurio che le nostre esperienze non includano la perdita. Il grado o l'intensità della sofferenza di una persona è direttamente correlato al grado con cui la perdita soggettivamente minaccia un particolare stato del sé. Ad esempio, per la maggior parte delle persone, la morte può essere la sofferenza più intensa che gli esseri umani sopportano. Per altri la sofferenza estrema può essere messa in relazione al desiderio di essere amati. Le persone cadono preda di depressione ed ansia perché vogliono che le cose siano diverse da come sono, da qui la sofferenza.

Il Buddismo mette in rilievo la natura ed il ruolo della sofferenza e la natura ed il ruolo del sé. La sofferenza ed il sé sono interconnessi ed interagiscono nel perpetuare il dolore mentale. Dal punto di vista del Buddismo, non comprendere o non conoscere chiaramente o correttamente il sé porta alla sofferenza. Il Buddismo contribuisce alla comprensione del sé suggerendo che il sé dialettico è definito da tre caratteristiche principali: (1) il sé è

sia processo che struttura, (2) esso è collegato sia alla sofferenza che alla liberazione e (3) è al tempo stesso interdipendente e indipendente da altri.

Il Buddismo è l'unico nella storia del pensiero umano a negare l'esistenza sostanziale di un sé (*Atman* 我). Secondo gli insegnamenti del Buddha, l'idea di un sé è immaginaria, una falsa credenza, che non ha corrispondenza nella realtà. L'attaccamento all'idea di un sé permanente produce pensieri nocivi del "me" e del "mio", desiderio egoistico, brama, odio, orgoglio ostile e altre contaminazioni che causano tutte sofferenza. Benché l'assenza di un sé permanente e definito sia considerato un fondamento dell'insegnamento del Buddha, non è tanto il sé che Buddha incoraggiava ad abbandonare quanto il proprio attaccamento alla visione di un sé permanente, sostanziale, perché è l'attaccamento ad una falsa visione del sé che porta alla sofferenza.

La definizione di sofferenza che deriva da fonti psicoanalitiche è vicina alla visione del Buddismo che la sofferenza è desiderare che le cose siano diverse da come sono al momento. Dal punto di vista del Buddismo, tutta la vita è collegata alla sofferenza. Non solo la psicopatologia è collegata alla sofferenza, ma anche una sana vita normale, tuttavia questo non significa che la vita non sia altro che sofferenza e dolore.

Il Buddismo crede che il sé e tutti i fenomeni siano insoddisfacenti e creino sofferenza. Questo si uniforma alla logica buddista che tutto è in costante mutamento e decadimento. Il Buddismo incoraggia i praticanti ad essere consapevoli e a sperimentare desideri, pensieri e sentimenti collegati ad una visione di un sé permanente come in costante mutamento. Lavorando con la sofferenza da questa prospettiva, attraverso gli strumenti dell'empatia, dell'indagine e della rappresentazione, si prendeva sempre più coscienza dell'ansia e dei malesseri depressivi. Ad esempio, nella depressione venivano analizzate la perdita, la disperazione e la solitudine nella speranza che quelle esperienze, essendo transitorie, potessero essere tollerate (Christensen, 1999, p. 49).

Proprio come ogni altro fenomeno, anche la sofferenza stessa è transitoria e non possiede un'entità separata. In altre parole, non esiste un sé separato che sta provando sofferenza. Così, con un percorso circolare paradossale, il Buddismo afferma che anche la sofferenza viene condizionata da cause esterne, non possiede essenza, non è separabile da altri fenomeni, ed è così vuota, non-sé (*anatman* 無我) e liberata da qualsiasi restrizione. In questa dialettica, il sé è associato sia con la sofferenza che con la liberazione e la gioia. Come ha spiegato il famoso filosofo buddista Nagarjuna: "Non c'è la minima differenza tra esistenza ciclica (perdita, desiderio e sofferenza) ed il nirvana (liberazione)" (Christensen, 1999, p. 44).

3. La meditazione

Ora che abbiamo discusso la diagnosi del Buddha dei sintomi e delle cause delle malattie mentali umane (poiché la depressione è una malattia mentale umana), quali sono i metodi e le tecniche buddiste per alleviare la malattia?

Fondamentalmente, il Buddha ha sottolineato la chiara visione della realtà come è, senza la minima distorsione e interpretazione. Tecnicamente, il Buddha ha evitato costrutti teorici e metafisici che sono difficili da misurare e/o hanno una discutibile utilità nei confronti dei problemi della vita quotidiana. L'intero approccio del Buddha mira a far sì che la persona viva più pienamente nel "qui ed ora". Così le pratiche buddiste, in modo particolare la meditazione, portano ad una chiara visione più diretta del presente, mentre riducono il tempo in cui la persona è persa nei ricordi del passato e nell'anticipazione o nell'ansia per il futuro. La meditazione è quindi uno dei migliori antidoti per i pazienti depressi.

La meditazione rimanda ad una serie di tecniche che tentano di focalizzare l'attenzione in modo conscio su un percorso non analitico e di non soffermarsi su pensieri digressivi e rimuginanti. La meditazione mira a produrre uno stato di perfetta salute mentale, di serenità ed equilibrio nel corpo e nella

mente attraverso il controllo della respirazione e della mente.

Lo sviluppo mentale derivato dalla meditazione monda la mente dalle impurità e dai turbamenti, come pensieri lussuriosi, odio, malanimo, indolenza, preoccupazioni, agitazione e incertezze dubbiose e coltiva qualità come concentrazione, consapevolezza, intelligenza, volontà, energia, fiducia, gioia, capacità analitica e serenità, portando alla fine al raggiungimento della saggezza più alta, che vede la natura delle cose come esse realmente sono, e concretizza l'Ultima Verità, il Nirvana.

Esiste, in seno ai molti diversi rami del Buddismo, un'ampia varietà di pratiche della meditazione. Tutte, tuttavia, mettono in risalto i due seguenti componenti: "concentrazione (止 *samatha*)", unidirezionalità della mente e "chiara visione (觀 *vipassana*)".

Nella meditazione di concentrazione ci focalizziamo su un singolo oggetto, come ad esempio la respirazione, un mantra o un *koan zen* (公案), con attenzione assoluta. Si tratta di coltivare l'autocontrollo dell'attenzione attraverso il controllo della mente. Nel Buddismo la mente viene spesso descritta come una scimmia ubriaca che corre freneticamente dietro a sei finestre. Cinque di queste finestre corrispondono alle impressioni sensoriali dei nostri cinque sensi e la sesta corrisponde al nostro senso mentale delle impressioni create internamente, inclusi pensiero e memorie. Nella maggior parte delle persone, la scimmia corre senza alcun controllo da finestra a finestra. Attraverso le pratiche di concentrazione, colui che medita impara a controllare la scimmia e a tenere la propria coscienza focalizzata su un oggetto di meditazione (Mikulas, 1981, pp. 333).

Uno degli esempi più noti, popolari e pratici della concentrazione meditativa si chiama "piena consapevolezza del respiro" (*anapanasati*). Noi inspiriamo ed espiriamo giorno e notte, tuttavia ce ne rendiamo a malapena conto. Per meditare, sediamo fisicamente immobili in posizione eretta attenti al fluire dell'esperienza di attimo in attimo – prestando attenzione al processo respiratorio, notando in silenzio l'inalazione e l'esalazione

dalle narici e dall'addome. Lo sforzo non è quello di controllare la respirazione, ma quello di concentrarsi su di essa.

All'inizio è difficile prestare attenzione alla nostra respirazione anche per pochi secondi di seguito. Più tentiamo di farvi attenzione, più ci distraiamo. Compaiono ricordi, sogni ad occhi aperti, ansie. C'è un fluire apparentemente infinito di pensieri, sentimenti e fantasie. Di solito uno di questi attira la nostra attenzione e ci dimentichiamo del momento presente.

Non appena ci rendiamo conto che la nostra attenzione si è di-



stratta, la riportiamo sulla respirazione. Come un bambino che allunga la mano per prendere un giocattolo si stanca e ne prende un altro, e poi un altro, così la nostra mente continua a passare da un pensiero, un sentimento o una fantasia all'altro. Stranamente, il fatto che notiamo di essere stati disattenti, lentamente produce una maggior attenzione e focalizzazione (Rubin, 1999, pp. 7-8.).

Dopo un certo periodo di pratica, è possibile che ci rendiamo conto, solo per una frazione di secondo, che la nostra mente è completamente concentrata sulla respirazione, quando non udiamo neppure suoni vicini, quando non esiste nulla di esterno. Questo momento fugace rappresenta un'esperienza immensa, piena di gioia, felicità e serenità (Rahula, 1959, pp.67-75).

L'esercizio della consapevolezza della respirazione, che è una

delle pratiche più semplici e più facili, può essere applicata ad ogni azione della vita quotidiana. Le persone di solito non amano le azioni che stanno compiendo. Esse vivono nel passato o nel futuro. Ciò è particolarmente vero con i pazienti depressi. Benché sembri che essi stiano facendo qualcosa in questo momento, vivono in qualche altro luogo nei loro pensieri, nei loro problemi e preoccupazioni immaginarie, di solito nei ricordi del passato o nel desiderio e nelle congetture per il futuro.

Il Maestro Zen vietnamita Thich Nhat Hanh ci dà le seguenti istruzioni per praticare la consapevo-

lezza: mentre lavate i piatti è possibile che pensiate al tè che verrà dopo, così cercate di toglierli di mezzo al più presto possibile per bere il tè. Ma questo significa che siete incapaci di vivere il tempo in cui state lavando i piatti. Quando lavate i piatti, lavare i piatti deve essere la cosa più importante della vostra vita. Proprio come, mentre bevete il tè, bere il tè deve essere la cosa più importante della vostra vita (Morvay, 1999, pp. 29-30).

Mano a mano che la consapevolezza diventa più chiara e più focalizzata attraverso la meditazione consapevole, le persone provano un senso di spaziosità psicologica. La totale attenzione incoraggia una maggiore ricettività e armonizzazione verso l'esperienza interiore ed interpersonale.

Ciò favorisce una visione più ampia della nostra esperienza. In altre parole, la meditazione favorisce ciò che i Buddisti chiamano

non-attaccamento, uno stato mentale di non-avidità per cui coloro che meditano non si mantengono così aderenti alle proprie opinioni. Questo può aiutare a ridurre l'autocritica e a tollerare una più ampia gamma di sentimenti senza sfuggirli, e a relazionarsi con sé stessi e con altri con maggior flessibilità ed apertura. Aiuta molte persone, ad esempio molti depressi, ad evitare di essere invasi da pensieri indesiderati. E, cosa più importante, li aiuta a sopportare sempre più la presenza di pensieri e stati d'animo deprimenti senza esserne devastati. Il paziente depresso, cioè, sviluppa "la capacità di sentire di avere la depressione, anziché sentire che la depressione ha lui" e, da qui, la capacità di superare la propria depressione (Christensen, 1999, pp. 38).

Il secondo componente della meditazione è "la visione profonda". La meditazione di visione profonda è quella che sviluppa la capacità di osservare obiettivamente tutto quello che appare nel nostro conscio senza elaborarlo, senza reagire, senza identificarsi o perdersi. Essa viene chiamata consapevolezza senza opzioni, nuda attenzione e osservazione distaccata. Implica l'educazione all'osservazione globale, obiettiva e non reattiva delle sensazioni, dei comportamenti nascosti e dei relativi processi mentali, e infine delle esperienze del sé e della volontà (Mikulas, 1981, p. 334).

Nella meditazione della visione profonda, ci occupiamo, senza attaccamento o avversione, di qualsiasi pensiero, sentimento, fantasia o sensazione somatica che proviamo. Lo scopo di questa pratica, contrariamente a quanto comunemente si ritiene, è di non fare accadere nulla, come il mettere a tacere o svuotare gli schiamazzi della mente, ma di mettere in relazione ed esaminare qualsiasi cosa accada nella nostra esperienza (non importa quanto doloroso). Si tratta di un metodo analitico, basato su attenzione, consapevolezza, vigilanza e osservazione, che vede la vera natura delle cose, prepara le basi per la visione profonda nella fondamentale comprensione del sé, dell'esistenza e della realtà e alla fine conduce alla realizzazione dell'Ultima Verità.

4. La terapia di Morita

Come abbiamo discusso sopra, gli insegnamenti buddisti forniscono un ottimo antidoto per le persone che soffrono di depressione. La "Terapia di Morita" è un ben noto esempio dell'applicazione del Buddismo, in modo particolare del Buddismo Zen, alla psicoterapia. La Terapia di Morita è una tecnica terapeutica sviluppata dallo psicologo giapponese Shoma Morita (1874-1938) nella prima parte del XX secolo. Molti dei principi della Terapia di Morita sono basati sul Buddismo Zen. Morita stesso era molto interessato al Buddismo Zen e ha avuto alcune esperienze nel Buddismo Zen Rinzaï sotto il Maestro Zen Shaku Soen, l'insegnante di D. T. Suzuki. Il metodo di Morita è stato inizialmente sviluppato come cura per una forma di psiconevrosi d'ansia e negli ultimi decenni l'applicazione di questa terapia si è molto ampliata nella cura della depressione e di altri disturbi mentali.

Ecco i principali concetti della psicoterapia di Morita.

1. Desiderio di vita: secondo Morita, la forza essenziale dell'essere umano è il forte desiderio di vita. Il suo opposto è la paura della morte, poiché entrambi sono aspetti della stessa energia. Gli sforzi degli esseri umani per condurre una vita piena sono tutti manifestazioni del desiderio di vita. Al tempo stesso, una delle manifestazioni del desiderio di vita è la tendenza a temere limitazioni e minacce al proprio benessere. Morita chiama questa tendenza "nota ipocondriaca di base". Questa tendenza è comune a tutti gli esseri umani ma, nelle persone introversive e molto sensibili, può costituire il punto di partenza di un processo che, alla fine, porta alla depressione e alla nevrosi.

2. Interazione psichica: se si presta attenzione a qualche sensazione, questa diventa molto netta; e grazie alla mutua interazione di sensazione e attenzione, la sensazione diventerà sempre più esagerata. Questo è un tipo di circolo vizioso che nasce dal fatto di essere influenzati dalla propria ipersensibilità, ad esempio a sentimenti di tristezza, impotenza, paura, confusione mentale, insonnia, ecc.

3. Autosuggestione: l'autosuggestione aiuta a liquidare un problema sotto forma di sintomo attraverso la formazione della convinzione che, ad esempio, arrossire è anormale, e la ripetizione all'infinito di questa convinzione, in modo tale da escludere la riflessione razionale. Così si esclude la possibilità che l'attenzione si muova liberamente – il che è una delle caratteristiche principali di una persona sana e produttiva – ed è invece sempre concentrata sulle stesse idee.

4. Contraddizione di pensiero: le sensazioni e i sentimenti sono parte integrante della vita umana; essi nascono, raggiungono il loro apice e svaniscono. Morita chiama contraddizione di pensiero la tendenza a confrontare un sentimento o una sensazione del presente con lo stato ideale e a cercare con forza di realizzare questo stato ideale anziché perseguire il compito del momento. Contraddizione di pensiero e autosuggestione si coadiuvano nella formazione di nevrosi e depressione.

5. Arugamama – Essere come si è: arugamama, letteralmente "come è", o se riferito a persona "essere come si è", è il concetto centrale della terapia di Morita e costituisce, al tempo stesso, lo scopo degli sforzi terapeutici. Invece di sforzarsi per cambiare una data realtà, si insegna al paziente ad accettare la realtà come è. Questo significa che se si sente depresso, accetta il proprio sentimento di depressione. Se si sente ansioso, accetta i sentimenti di ansia. Piuttosto che indirizzare la propria attenzione e la propria energia sullo stato dei suoi sentimenti, egli indirizza i propri sforzi verso il vivere bene la propria vita (Rhyner, 1988, pp. 7-8).

Le idee-chiave del Buddismo Zen

1. La disciplina Zen consiste nel raggiungimento dell'illuminazione.

2. Per il Buddismo Zen l'illuminazione trova il proprio significato nascosto nelle nostre particolari azioni concrete quotidiane, come mangiare, bere, o gli affari di qualsiasi tipo.

3. Il significato così rivelato non

è qualcosa aggiunto dall'esterno. Risiede nell'essere stesso, nel divenire stesso, nel vivere stesso. Ciò può essere chiamato "ciò-che-è". La realtà è "ciò che è".

4. Alcuni potrebbero dire "non ci può essere alcun significato nel semplice ciò-che-è". Ma non è questo il punto di vista sostenuto dallo Zen, perché secondo questa disciplina "ciò-che-è" è il significato. Quando ci guardo dentro lo vedo chiaramente come vedo me stesso riflesso in uno specchio.

5. Questo è ciò che ha fatto esclamare a P'ang Chu-shih, un discepolo laico dell'ottavo secolo: "Com'è meraviglioso, com'è misterioso! Io porto il combustibile, attingo l'acqua".

Il portare il combustibile o l'attingere l'acqua, in effetti ogni azione della vita quotidiana, sono pieni di significato, e per questo pieni di meraviglia e di mistero.

6. Lo Zen, perciò, non indulge in astrazioni o concettualismi.

7. L'illuminazione è emancipazione morale, spirituale nonché intellettuale (Rhyner, 1988, pp. 8-9).

Avendo compresi i principi di Morita e del Buddismo Zen, possiamo ora confrontarli. Prima Morita dichiara che la forza essenziale nell'essere umano è il desiderio o la brama dell'esistenza. Secondo il Buddismo la brama (per il piacere sessuale, l'esistenza, la non esistenza) è uno dei principali fattori che trattengono gli esseri nel ciclo della rinascita, o sofferenza.

Nella seconda fase, abbiamo la contraddizione del pensiero, causata da un forte atteggiamento intellettuale, che etichetta un normale fenomeno, ad esempio la timidezza davanti agli estranei, come anormale e provoca un forte desiderio di liberarsi di questa timidezza. Si presta maggior attenzione alla timidezza, che a sua volta si intensifica (interazione psichica) e alla fine si trasforma in una tensione depressiva.

Nel caso del monaco Zen, il suo desiderio di illuminazione lo coinvolge in infiniti tentativi di risolvere il suo *koan*. Il *koan* è una domanda provocatoria (ad esempio, "Qual era la tua natura prima che tu nascessi?") posta al monaco dal Maestro Zen. Il monaco tenta di risolvere il *koan* con tutte le sue

energie intellettive, continua a concentrare il proprio pensiero sul *koan*, ma non è in grado di risolverlo. Viene preso in un circolo vizioso e presto si trova ad un punto morto che lo porta ad una più grande ansia e sofferenza. La sua forma mentale gli fa credere che esista una soluzione razionale a questo problema. Si focalizza ripetutamente sul *koan* e se lo ripete infinite volte, che è lo stesso processo che Morita descrive come interazione psichica ed auto-suggestione.

Un altro punto in comune a questo livello è un atteggiamento egocentrico. Secondo la teoria di Morita, è questo indirizzare l'attenzione verso l'interno che, insieme all'atteggiamento intellettuale, apre la via alla depressione e alla nevrosi. Ma Morita non si spinge sino a dove arrivano i Buddisti che negano la realtà del sé. È proprio l'atteggiamento mentale e la nozione di un sé ciò che l'esercizio Zen vuole spezzare attraverso la meditazione e l'uso dei *koan*.

Per quanto riguarda lo spezzare del circolo vizioso nevrotico, Morita suggerisce al paziente di entrare direttamente nella propria depressione, di divenire la propria depressione. Morita chiama questo stato psichico in cui il paziente accetta le proprie sofferenze e diventa un tutt'uno con esse "il conflitto psichico è emancipazione". In altre parole, nel bel mezzo della sua sofferenza, che egli ha tanto cercato di sfuggire, lì sta la risposta.

Allo stesso modo il Buddismo ha un detto: "L'afflizione è illuminazione (*Klesa* è Nirvana.)". Cioè, nel bel mezzo della sofferenza c'è l'illuminazione, la sofferenza e l'illuminazione non possono essere disgiunte, come il fiore di loto che cresce nel fango. È evidente che Morita ha esposto le sue scoperte psicologiche con parole del detto buddista.

Veniamo ora al punto centrale della terapia di Morita, sia a livello teorico che per quanto riguarda lo sforzo terapeutico: il concetto di "come è". Questo principio basilare significa vedere la realtà come è, accettarla ed agire di conseguenza alla situazione attuale. La realizzazione dello stato di *arugamama* (come è) nella terapia di

Morita corrisponde ad una completa guarigione. Ma essere guariti non significa che il paziente non soffrirà più di depressione, paure o ansie. Egli sperimenterà ogni tipo di emozione come prima. Ciò che cambia attraverso la sua esperienza della terapia di Morita è l'atteggiamento verso i propri problemi. Dove prima cercava di fuggire, ora è in grado di accettare la paura come paura, l'ansia come ansia, il dolore come dolore. Egli affronta la stessa realtà, ma è ora in grado di accettarla come è.

Sia il paziente che il monaco Zen cercano con tutte le loro forze di realizzare i propri ideali: il paziente vuole essere guarito risolvendo il problema prodotto con le proprie mani, il monaco Zen vuole raggiungere l'illuminazione risolvendo il suo *koan*. Nel perseguimento dei propri ideali, entrambi sono interiormente divisi e non colgono l'unica realtà manifesta. Rinunciando alla loro ricerca ed accettando la realtà come è, la divisione tra paziente e sintomo, tra monaco e *koan*, cessa di esistere ed al tempo stesso cessa di esistere la situazione problematica, non c'è più un problema da risolvere (Rhyner, 1988, pp. 9-13).

In genere, più desideriamo qualcosa, più vogliamo avere successo, più forte è il nostro timore di fallire. Le nostre preoccupazioni e paure sono reminiscenze dell'intensità dei nostri desideri positivi. Malgrado il disagio che le accompagna, le nostre ansie sono indispensabili. Sarebbe folle cercare di liberarsi di loro. La terapia di Morita non è realmente un metodo psicoterapeutico per liberarsi dei "sintomi". È piuttosto un metodo educativo per liberarsi delle limitazioni che ci siamo auto-imposti. Per mezzo della terapia di Morita impariamo ad accettare la naturalezza di noi stessi.

Per concludere riporterò la seguente citazione sull'illuminazione dal *Shobogenzo* dell'eminente Maestro Zen Dogen, che illustra meglio di ogni altra cosa la stretta relazione tra il principio del Buddismo Zen e la terapia di Morita (Christensen, 1999, p. 37). Dice: "Studiare il Buddismo è studiare il sé. Studiare il sé è dimenticare il sé. Dimenticare il sé è essere un tutt'uno con i diecimila fenomeni.

Essere un tutt'uno con i diecimila fenomeni è liberare il proprio corpo e la propria mente e quelli degli altri."

Mi sembra che il consiglio della professoressa Shih a coloro che presentano sintomi di depressione sia quello di studiare il sé e dimenticare il sé. Per molti dimenticare è più difficile che ricordare. Immagino che sarebbe bello che le persone ricordassero qualcosa di piacevole e dimenticassero qualcosa di spiacevole.

Infine, vorrei aggiungere che, per salvaguardare la salute pubblica, il mio governo ha incluso la depressione nel Programma Sanitario Nazionale. Da parte non-governativa, il 9 dicembre 2001 è stata costituita a Taiwan una "Associazione per la Prevenzione della Depressione" per promuovere la conoscenza di questo problema

e per fornire consulenze per la sua prevenzione e la cura. Anche la Chiesa Cattolica di Taiwan, insieme ad altre religioni, è fonte di aiuto per i depressi.

Ven. Prof.ssa HENG-CHING SHIH,
Suora Buddista
Docente di Filosofia
National Taiwan University, Taipei.

S.E. RAYMOND R.M. TAI
Ambasciatore della Repubblica Cinese
presso la Santa Sede

Bibliografia

CHRISTENSEN, LAURENCE W., "Suffering and the Dialectical Self in Buddhism and Relational Psychoanalysis", *American Journal of Psychoanalysis*, 1999, vol. 59, pp.37-58.

COSTELLO, CHARLES, G., *Symptoms of Depression*, John Wiley & Sons, Inc. New York, 1993.

KLEINMAN, ARTHUR, ed., *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of affect and Disorder*, University of California Press, Berkeley, 1985.

LOY, DAVID, "Avoiding the Void: The Lack of Self in Psychotherapy and Buddhism", *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1992, vol.24, no.2, pp.151-181.

MIKULAS, WILLIAM, L., "Buddhism and Behavior Modification", *The Psychological Record*, 1981, vol.31, pp. 331-342.

MORVAY, ZOLTAN, "Horney, Zen, and the Real Self: Theoretical and Historical connections", *American Journal of Psychoanalysis*, New York, 1999, vol.59, pp.25-36.

PRUETT, GORDON E., *The Meaning and the End of Suffering for Freud and the Buddhist Tradition*, University Press of America, New York, 1987.

RAHULA, WALPOLA, *What the Buddha Taught*, Grove Press, New York, 1959.

RHYNER, BRUNO, "Morita Psychotherapy and Zen Buddhism: A Comparison of Theoretical Concepts", *Psychologia*, 1988, Vol. 31, pp.7-14.

RUBIN, JEFFREY B. "Close Encounters of a New Kind: Toward an Integration of Psychoanalysis and Buddhism", *American Journal of Psychoanalysis*, 1999, vol.59, pp.5-25.

THOMSON, ROGER F., "ZaZen and Psychotherapeutic Presence", *American Journal of Psychotherapy*, 2000, vol.54.



Terza Sessione

Cosa fare per uscire dalla depressione?

1. La fede

SERGIO PINTOR

1.1 Principali punti della fede sui quali è particolarmente necessario insistere

Il tema della riflessione, con la sua prospettiva operativa, porta ad interrogarci seriamente sulla dimensione terapeutica della fede cristiana e sul ruolo che tale fede può svolgere in rapporto non solo alle persone sofferenti di depressione, ma anche verso coloro che di esse sono chiamati a prendersi cura. E, questo, sia a livello di prevenzione che d'accompagnamento e di cura.

In quale senso e modi la fede cristiana può contribuire alla cura della salute e a un superamento della depressione? Quali caratteristiche e qualità della fede rispettare? Quali aspetti e punti della fede vanno maggiormente sottolineati?

Di tali tematiche di per sé di grande ampiezza, qui verranno richiamati semplicemente alcuni aspetti fondamentali.

Qualche attenzione preliminare

Qualche attenzione preliminare, tuttavia, sembra opportuna per una più corretta impostazione e un più

chiaro sviluppo del tema.

L'attenzione, anzitutto, ad evitare qualsiasi visione impropria e qualsiasi forma strumentalizzante della fede cristiana, caricandola – davanti alla condizione della persona depressa – di risposte prefabbricate e quasi “magiche” che ne risolvano i problemi. O, ancora, facendo della fede un fattore sostitutivo o isolabile da altri fattori e competenze terapeutiche.

In realtà si tratta di credere fortemente nelle virtualità proprie della fede cristiana, rispettandone la vera identità e la sua dinamica di incarnazione nelle realtà e condizioni concrete dell'esistenza umana.

Dalla condizione di delusione-tristezza alla condizione di speranza

Due pagine del Vangelo, particolarmente paradigmatiche per una comunicazione di fede incarnata nella vita delle persone, faranno da sfondo luminoso alla no-

stra riflessione: la prima, dell'evangelista Luca, come apertura (la narrazione dei due discepoli di Emmaus (cf. *Lc* 24, 13-35); la seconda, dell'evangelista Giovanni, come conclusione e sintesi (l'incontro di Gesù con la Samaritana) (cf. *Gv* 4, 4-30).

Tra queste due pagine di “Rivelazione” e alla loro luce, l'indicazione di due possibili piste di approfondimento sul tema: una sulle caratteristiche della fede cristiana da rispettare e da valorizzare, l'altra su alcuni punti specifici della fede cristiana da sottolineare per un contributo terapeutico nella prevenzione e cura delle persone sofferenti di depressione.

Da “Emmaus” a “Gerusalemme”

Il percorso di pedagogia di fede che l'evangelista Luca presenta nel capitolo 24 del suo Vangelo (cf. *Lc* 24, 13-35) è quanto mai evidente: Gesù incontra i due discepoli in una situazione esistenziale di delusione-tristezza, di in-

voluzione e di chiusura in se stessi raffigurato dall'abbandono di Gerusalemme (città della speranza) per andare verso Emmaus; si fa compagno di cammino, dialoga con loro, ne ascolta le domande e le attese illuminandole con l'annuncio della Parola; li apre alla preghiera e al desiderio di uscire dalla solitudine della loro condizione; si manifesta nel segno dello spezzare il pane e della condivisione; li rende consapevoli di un cambiamento in atto e di una missione;

pazione della sua stessa vita attraverso la comunione con il suo Figlio, Gesù Cristo, nello Spirito.

Nel Nuovo Testamento nella *Lettera agli Ebrei*, ci viene offerta della fede una definizione sintetica ma significativa e profonda: "La fede è fondamento delle cose che si sperano e prova di quelle che non si vedono"¹. Essa, nella sua essenzialità, sottolinea la dimensione esistenziale della fede nell'esperienza umana del credente: essa è "fondamento", cioè è all'origine e

sione può mettere particolarmente in crisi, ma che in questa visione integrale di fede può anche trovare risorse terapeutiche e acute per una prevenzione.

In particolare, della fede cristiana sembra importante mettere in evidenza i seguenti aspetti:

a) *la fede cristiana come "ascolto", "accoglienza", "obbedienza"* (*ob-audire*) della totalità della persona nei confronti di Dio che parla, si rivela e si comunica. È un aspetto che, nella linea della *Dei Verbum*, il CCC mette in particolare risalto². "Obbedienza" nella fede come l'affidarsi e il "sottomettersi liberamente alla Parola ascoltata, perché la sua verità è garantita da Dio, il quale è la Verità stessa"³. Modello significativo, nella tradizione biblica, è la fede di Abramo con i suoi atteggiamenti di fiducia piena e totale nelle promesse di Dio, l'obbedienza alla sua Parola, la conoscenza di Dio negli avvenimenti della sua vita⁴.

Non può sfuggire come questi atteggiamenti fondamentali in una esperienza e processo di educazione alla fede, possano essere importanti in un processo e in una relazione terapeutica.

b) *La fede cristiana come dialogo-relazione di amore*: la fede cristiana ha un forte carattere responsoriale, dialogico e relazionale, come espressione di un amore donato da Dio e accolto dalla persona credente. Chi crede è chiamato a riconoscere l'amore di Dio, ad abbandonarsi liberamente e con totale fiducia a Lui, a sapersi partecipe della comunione-relazione di amore di Dio Padre, Figlio e Spirito Santo.

"Dio è amore, (1Gv 4,8.16): l'Essere stesso di Dio è amore. Mandando, nella pienezza dei tempi, il suo Figlio unigenito e lo Spirito d'Amore, Dio rivela il suo segreto più intimo: è lui stesso eterno scambio di amore: Padre, Figlio e Spirito Santo e ci ha destinati a esserne partecipi"⁵.

Questa consapevolezza e pratica della fede cristiana è la luce e la forza che può illuminare e sostenere la persona in ogni situazione, specie se in situazione di sofferenza, solitudine, scoraggiamento, come nello stato di depressione.



li riconduce nella consapevolezza di essere all'interno di un progetto di speranza e di impegno.

In sintesi, questa pagina del Vangelo, ci offre in prospettiva gli elementi essenziali che una comunicazione di fede deve tenere presenti per contribuire in modo proprio alla prevenzione e cura delle persone depresse.

Quale identità e caratteristiche della fede cristiana rispettare, vivere e comunicare per contribuire a un concreto impegno di prevenzione e di cura delle persone in stato di depressione

È necessario, anzitutto, considerare la fede in tutta la sua autenticità, integralità e potenzialità di "virtù teologale", cioè di "possibilità" e di "energie" che ci vengono comunicate da Dio come parteci-

alla base di ogni esperienza e della stessa identità della persona; "fondamento", perciò "delle cose che si sperano", delle attese cioè più vere e profonde di gioia e di realizzazione che sono nel cuore della persona, e che, per il cristiano, sono la certezza di una realizzazione, liberazione e salvezza piena in Gesù Cristo.

Essa, infine, è "prova delle cose che non si vedono", "orizzonte" di senso e di un futuro promesso da Dio, portatrice e rivelatrice dei segni di quanto la fedeltà e l'amore di Dio compiranno.

Tutti aspetti – questi appena richiamati della "fede come fondamento", garanzia e orizzonte di senso e di realizzazione piena – che si riferiscono in profondità all'esperienza umana con le domande di senso sulla propria vita e il proprio agire, sulla propria identità, attese e progetti... Aspetti e domande che uno stato di depres-

c) *La fede come conversione-metanoia*: “il credere al Vangelo” richiede una “conversione” del cuore e del suo agire personale e sociale da parte della persona. Senza questo processo di “conversione” graduale e permanente, non si dà crescita, liberazione e salvezza. Nella visione biblica la “conversione-metanoia” richiesta alla persona credente è molto più di un semplice “pentimento” o di un semplice rientrare nella propria interiorità.

“Non è il volgersi a sé che salva – scrive il Card. Ratzinger – ma piuttosto il movimento con cui noi ci stacciamo da noi stessi per andare verso Dio che ci chiama... È per questo che «metanoia» significa la stessa cosa che obbedienza e fede. È per questo anche che la «metanoia» appartiene alla struttura costituita dell'alleanza”⁶. Convertirsi significa assumere un diverso modo di pensare e di agire, mettendo Dio e la sua volontà al primo posto; significa liberarsi dagli eventuali idoli che si sono creati e che ci tengono prigionieri (prestigio, interessi, carriera, pregiudizi, ricerca di potere e di profitto, ecc.)⁷. La fede cristiana come conversione consiste nella scoperta di nuove e sorprendenti possibilità di crescita e di realizzazione; nella scoperta gioiosa di un bene tanto atteso, di una pace sempre nuova, della presenza di Dio in noi che non cessa di amarci.

C'è da chiedersi, veramente, quali conseguenze positive potrebbe avere nel mondo della salute e della stessa cura della depressione, una fede così comunicata, praticata e testimoniata da parte delle comunità cristiane, a livello personale e comunitario, a livello di professionalità sanitarie e di volontariato, a livello delle istituzioni sanitarie religiose e all'interno delle istituzioni pubbliche. Una cosa sembra certa, non sarà l'ideologia di una fede appiattita e omogeneizzata sulla cultura dominante, senza la “vis profetica”, a poter contribuire per una liberazione e cura delle persone.

d) *La fede cristiana come fiducia e gioia, accoglienza all'evangelo*.

Sempre, ma soprattutto, quando si è davanti e dentro l'esperienza umana di limite, di sofferenza di

malattia, di condizione di salute in cui l'angoscia e la tristezza sembrano prevalere, non si può dimenticare che la fede cristiana è accoglienza del Vangelo, cioè della “lieta e sorprendente” notizia-evento liberante e salvante che è Gesù Cristo.

L'annuncio cristiano comincia con il termine *chaire*, “rallegrati”, “sii nella gioia”, la parola con cui ha inizio l'annuncio della nascita di Gesù a Maria da parte dell'angelo, nella narrazione dell'evangelista Luca⁸.

Un termine ripreso dallo stesso evangelista quando racconta la nascita di Gesù, con l'angelo che dice ai pastori: annuncio a tutti voi una gioia grande (*charam megater*)⁹. Luca sottolinea così quello che il cristianesimo è nella sua stessa essenza: “evangelo”, un messaggio lieto, buono¹⁰. Del resto per 250 volte nel NT si parla di “gioia”, con termini o espressioni diverse¹¹.

Ma come comunicare oggi, attraverso la nostra fede cristiana, questa gioia, come testimoniarla e lasciarla intravedere come forza e luce di speranza anche in situazioni di sofferenza, di tristezza, di depressione?

In realtà, l'origine della gioia è l'armonia della persona con sé stessa (e in questo senso, si può notare un chiaro riferimento alla stessa nuova concezione di salute!).

Colui che riesce ad accettarsi è riuscito a pronunciare un “sì” decisivo nella e per la sua vita; e soltanto così può accettare il “tu” degli altri e il mondo. Ma può, da sola, la persona umana accettare sempre e in ogni situazione se stessa, il proprio “io”? Soltanto quando la persona umana è accettata da un altro “io” è in grado di accettare se stessa. Essa può amarsi se prima si sente amata. Alla persona umana non è sufficiente per essere in pienezza la semplice nascita fisica, se non è accompagnata dall'accoglienza che senza parole viene a dirle “è bene e importante che tu ci sia”, cioè se non viene accolta dall'amore.

Ma, soprattutto in certe situazioni, nasce ancora una domanda: “È vero che sia bene che io ci sia?”, “Ha veramente ragione chi me l'ha detto e ancora mi dice?”.

Ci troviamo, così, davanti al

problema della “verità” e non solo dell'amore (un problema di portata universale). E ci troviamo, probabilmente, alla radice dell'angoscia e della sfiducia presente nella vita di tante persone. L'amore ha bisogno di coniugarsi con la verità, perché solo la “verità vi farà liberi”¹² e, quindi, apre alla gioia.

La fede cristiana accoglie questa domanda radicale e vi risponde, unendo amore e verità.



Dio trova la persona umana così importante da averla non solo creata, ma da aver sofferto personalmente per lei, donandosi per amore nel suo Figlio. La croce, con la pienezza della risurrezione, diventa il nucleo e il cuore del Vangelo come “lieto messaggio” e viene a dire a ogni persona umana: non solo è bene che tu ci sia, ma è necessario che tu ci sia. Chi, come l'apostolo Paolo, si sente così amato da Dio da poter dire: “mi ha amato e ha donato se stesso per me”¹³, si sente realmente e in ogni situazione amato.

La croce, come “lieto messaggio” dell'amore radicale e sorprendente di Dio, diventa così il riconoscimento della positività e del valore inestimabile della nostra vita; diventa la base che toglie a ogni altra gioia la sua ambiguità e la rende degna di essere goduta nella quotidianità dell'esistenza; diventa un “lieto messaggio” capace di arrivare alle radici della nostra vita e di sostenerci con la sua forza anche quando in ogni cosa attorno a noi diventa tene-

brosa e ci si può sentire affaticati e oppressi¹⁴.

Non meraviglia, quindi, che Giovanni Paolo II nell'esortazione apostolica *Catechesi tradendae* affermi con forza che: "il dono più prezioso che la Chiesa può offrire al mondo di oggi, disorientato e inquieto, è quello di formare cristiani consapevoli dell'essenziale e umilmente felici della loro fede"¹⁵.

Non sarà certamente una Chiesa solamente più organizzata o superficialmente festaiola a poter meglio comunicare questo carattere gioioso, essenziale della fede cristiana, ma la ricerca umile e creativa, nelle diverse situazioni e nell'incontro con le persone, per dire l'amore, l'accoglienza e la tenerezza di Dio con la Parola e con i gesti, con l'educare al senso della festa cristiana, con i segni della solidarietà e della comunione che tolgono le persone dalla solitudine.

e) *La dimensione ecclesiale della fede cristiana*

La fede è senza dubbio atto personale e libera risposta a Dio che si comunica e si rivela. Ma non è mai atto isolato. "Nessuno può credere da solo, come nessuno può vivere da solo. Nessuno si è dato la fede da se stesso, così come nessuno da se stesso si è dato l'esistenza"¹⁶.

La fede cristiana è sempre fede ecclesiale. L'"io credo" personale è espressione del "noi crediamo" della Chiesa e nella Chiesa; è la fede della Chiesa professata personalmente da ogni credente, soprattutto al momento del Battesimo. La fede dona conversione e sradica dalla solitudine.

Questa profonda "solidarietà" della fede cristiana – in cui si è debitori della fede gli uni agli altri, e in cui si è spinti a fare partecipi gli altri della propria fede – merita di essere particolarmente tenuta presente da chi opera e vive nel mondo della salute, della cura dei malati e dei sofferenti. Se è vero che "Io non posso credere senza essere sorretto dalla fede degli altri"¹⁷, quale ricaduta questo fatto può avere nella prevenzione e nella cura della depressione? Che cosa fare per promuovere, a partire dalle nostre comunità cristiane e istituzioni sanitarie religiose, una "atmosfera" di fede autentica e comunitaria che contrasti lo smog depri-

mente e venefico costituito da relazioni umane interessate, concorrenziali, irrispettose e fredde le cui conseguenze negative ricadono più pesantemente sulle persone più fragili e deboli?

Quali accentuazioni nell'educazione e nella formazione alla fede cristiana

Alla luce delle domande di aiuto e di cura che vengono dall'ambito della depressione, e alla luce di alcune qualità della fede cristiana che, in rapporto a tale problema, sembra importante tenere presenti e che sono state appena richiamate, può essere ora opportuno sottolineare in modo più puntuale e concreto, alcuni punti della fede cristiana sui quali particolarmente insistere per una prevenzione e cura delle persone in stato di depressione.

Anzitutto è necessario ricordare la duplice e inseparabile fedeltà da osservare: fedeltà a Dio e al suo messaggio liberante e risanante e alla persona umana depressa con i suoi specifici problemi e circostanze di vita¹⁸.

La depressione è una situazione clinica che richiede una molteplicità di interventi terapeutici che tengano conto dei diversi aspetti della persona, compresi quelli spirituali e religiosi.

La persona depressa – in modo diversificato a seconda degli stadi – è generalmente caratterizzata da una profonda sofferenza interiore, da atteggiamenti di apatia, di scarsa fiducia in se stessa e nella vita, da sensi di inadeguatezza e di colpa, da sensi di fallimento e di oscuramento del futuro, da una chiusura in se stessi e da un senso di abbandono da parte degli altri, e talvolta, dalla sensazione di essere abbandonati anche da Dio.

Sono tutti aspetti di esperienza umana vissuta e sofferta che una comunicazione di fede è chiamata a illuminare, sia per prevenire che per curare. Alla base di questi atteggiamenti vi è senza dubbio una certa visione del mondo, di se stessi e di Dio, che bisogna cercare di comprendere per aprirla alla visione realistica, positiva e liberante, propria della fede cristiana.

Di conseguenza, una comunica-

zione di fede in queste circostanze dovrà in particolare – superando il rischio di semplici e astratte "buone parole" prefabbricate – mettere in evidenza i seguenti aspetti.

a) *Rimotivare l'importanza e il significato della fede cristiana in tale situazione*, come dono ed elemento che offre una visione più vera e positivamente realistica della vita e di se stessi, e come risposta alle attese più profonde di realizzazione e di gioia che sono nel cuore di ciascuno.

E, questo, a partire dalle domande che la persona depressa avverte, dai suoi dubbi e incertezze, dalle domande che in essa vanno suscitate e orientate attraverso un dialogo empatico. Si tratta di far percepire che la fede cristiana è per la persona "possibile e addirittura conveniente, desiderabile, esistenzialmente necessaria"¹⁹.

b) *Presentare la fede cristiana come risposta piena e realizzante alla domanda e alla ricerca del senso della vita*, interpellato in modo acuto soprattutto quando la persona vive una condizione di sofferenza.

Una comunicazione di fede deve mettere in particolare risalto come la proposta cristiana trovi nel Cristo "il senso profondo" della persona umana, della sua origine e della sua esistenza in ogni condizione e nel suo compimento. Il Vaticano II, nella *Gaudium et spes* ci ricorda come "soltanto nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell'uomo. Cristo... svela pienamente l'uomo all'uomo e gli fa nota la sua altissima vocazione"²⁰.

"Se queste parole – commenta Giovanni Paolo II nella *Salvifici doloris* – si riferiscono a tutto ciò che riguarda il mistero dell'uomo, allora certamente si riferiscono in modo particolare all'umana sofferenza. Proprio in questo punto lo "svelare l'uomo all'uomo" e "far-gli nota la sua altissima vocazione" è particolarmente indispensabile"²¹.

In questa prospettiva, la fede cristiana si radica nella domanda esistenziale più profonda della persona, aprendo il credente alla "certezza" che, affidandosi totalmente al Dio rivelatosi in Gesù Cristo e

accogliendone la proposta di vita, egli otterrà ciò che ha sempre cercato e desiderato. Una comunicazione di fede diventa così sia veicolo per “conoscere” il senso vero della propria vita, sia modalità per educare la capacità della persona di affidarsi all’altro”, cioè a Cristo, per realizzare il senso della propria vita. Senza questo orizzonte di fede sembra difficile, anzi impossibile, rispondere ai problemi più drammatici che accompagnano l’esistenza umana.

c) *Aiutare la riscoperta o la scoperta del vero Volto di Dio*, attraverso l’annuncio di Dio, così come Gesù Cristo lo ha a noi manifestato: Padre che con amore gratuito si prende cura di ogni suo figlio ed è vicino e in comunione con noi sempre e ancor più quando sperimentiamo debolezza e sofferenza. Il volto di Dio che per amore ci ha creato, ha per noi un progetto di vita piena, ci accompagna con la sua tenerezza e con il dono-presenza del suo Spirito non ci lascia soli, ma ci sostiene nel nostro cammino.

d) *La scoperta del vero volto di Dio richiede necessariamente l’accentuazione di una comunicazione di fede su una adesione totale e fiduciosa alla persona di Cristo e al suo mistero di salvezza*, e, attraverso lui, a una stupita e gioiosa accoglienza del mistero di Dio: Padre, Figlio, Spirito Santo, come mistero di amore e di comunione vitale.

L’esortazione apostolica *Catechesi tradendae* ricorda che “lo scopo definitivo della catechesi è di mettere qualcuno non solo in contatto, ma in comunione, in intimità con Gesù Cristo”²². Attraverso la narrazione evangelica si tratta di far incontrare la persona di Cristo nella totalità inseparabile del suo mistero: nella sua umanità e nella sua divinità. La comunicazione di fede – non solo con la parola ma anche con la testimonianza – dovrà sottolineare della persona di Gesù alcuni tratti particolari e più vicini all’esperienza vissuta dalla persona depressa: la sua attenzione e tenerezza verso i sofferenti, la sua cura per i malati, la sua accoglienza e misericordia verso i peccatori, il suo ammirare l’amore di Dio Padre e la gioia del Regno

di Dio; la sua capacità di leggere nel cuore delle persone, il suo rapporto di fiducia e abbandono totale nella volontà del Padre, la sua amicizia profonda, il suo amore alla verità, il suo coraggio, la sua consegna del comandamento dell’amore, il suo assumere per amore su di sé le nostre sofferenze e la stessa morte per renderci partecipi della sua risurrezione e di una vita pienamente realizzata; il suo essere Signore, Redentore, Salvatore per tutti noi.

In questa prospettiva può essere utile la scelta di alcune pagine più significative del Vangelo e più rispondenti alle problematiche vissute dalla persona depressa: come ad esempio parole e gesti di Gesù che invitano alla fiducia in Dio e la trasmettono; segni di accoglienza e di guarigione; parabole che dicono l’amore e la tenerezza di Dio.

e) *Educare e promuovere, attraverso una adeguata comunicazione di fede, la consapevolezza dell’identità battesimale e della straordinaria dignità della persona*.

Racconta un teologo francese: “Da giovane sacerdote fui inviato, durante un periodo estivo, a fare il cappellano nella prigione di Fresnes. Un mattino incontro nell’infermeria un detenuto che mi dice: «Ho appena finito di leggere il Capitolo XVII di Giovanni». E mi cita le parole di Gesù: «Che tutti siano una cosa sola come tu, Padre, se in me e io in te; siano anch’essi in noi una cosa sola, affinché il mondo creda che tu mi hai mandato» (Gv 17,21). «Se ben capisco» continua il detenuto, «noi siamo allora deificati». E aggiunge: «Ma è formidabile! Perché non ci dite queste cose?». Ho sempre serbato questo simpatico rimprovero come un appello ad annunciare il mistero più profondo della nostra condizione umana, quello della nostra deificazione”²³.

Insistere su questa immensa dignità personale – che nessuno o nessuna condizione può togliere; insistere su questo essere “importanti” sempre e comunque per Dio, può essere un contributo terapeutico e risanante per una persona, come quella depressa, portata ad avere una scarsa considerazione di sé con tutte le conseguenze che ne derivano.

f) *Una comunicazione di fede che educi al senso risanante della celebrazione liturgica e al senso gioioso della festa cristiana*. Le persone depresse vanno aiutate a prendere coscienza che ogni celebrazione sacramentale, specie quella eucaristica, diventano il segno e lo strumento della presenza della comunione salvante di Dio nei loro confronti attraverso l’agire di Gesù risorto e del suo Spirito. La stessa celebrazione può diventare momento terapeutico se curata senza forzature nei segni e nei simboli, nella proclamazione e ascolto della Parola, nella risposta partecipata con la preghiera e il canto, in un clima intensamente umano di festa.

g) *Una comunicazione di fede che educi al senso e alla esperienza della preghiera cristiana*, come dialogo di confidenza e di totale fiducia filiale con Dio, nel nome di Gesù e nello Spirito Santo che ci apre il cuore e la vita alla speranza.

h) *Una comunicazione di fede che educi ad amare la propria vita, come dono e come vocazione-compito di amore, come vita nuova di figli che si fanno amati e si sentono chiamati ad amare inseparabilmente Dio, se stessi e gli altri*. La stessa “responsabilità” nel rispondere al dono della vita e alla propria vocazione, non può essere presentata con un “sovraccarico psicologico” insopportabile per tutti e soprattutto per una persona depressa, ma come “possibilità” donata anche alla nostra umanità povera e ferita, per la potenza della fede e dello Spirito.

Sarà importante aiutare le persone depresse, attraverso l’annuncio del Vangelo, a incontrare la persona di Gesù che ci consegna il “comandamento dell’amore”, come il segreto della gioia più profonda, capace di illuminare e sostenere anche i momenti di oscurità e di sofferenza della vita; a incontrare Gesù maestro di relazione umana autentica e serena con se stesso e con le persone che incontra, perché vive una relazione profonda e di fiducia con il Padre che lo ama ed è sempre in comunione con lui.

Tutto questo richiede delle comunità cristiane e dei cristiani, ca-

paci di lasciar trasparire, nei fatti, un amore e una accoglienza senza condizioni della vita delle persona, una capacità di relazione davvero ispirata dal comandamento dell'amore.

Una pagina del Vangelo particolarmente paradigmatica

La riflessione si può concludere con una pagina del Vangelo particolarmente paradigmatica, dove l'evangelista Giovanni presenta una sintesi densa ed esemplare di una catechesi, che ora vogliamo rileggere in relazione a una comunicazione di fede attenta a persone nella loro condizione di depressione.

Si tratta dell'incontro di Gesù di Nazaret con la donna di Samaria che va al pozzo di Giacobbe ad attingere l'acqua²⁴.

Si può notare, subito, come l'incontro si presenta nel segno di una esperienza normale e quotidiana della vita umana, quella della sete, e come l'iniziativa del dialogo venga da Gesù. Nella conversazione, così come si sviluppa, Gesù cerca di far emergere nell'esperienza della donna un'altra sete – ancora più profonda ed esistenziale – quella del vivere, con il bisogno di un'altra fonte che la possa appagare.

In realtà il dialogo di Gesù con la donna di Samaria – per quanto si condividano le stesse parole e l'esperienza elementare della sete sia stata allargata – si svolge ancora su due livelli diversi.

La donna di Samaria pensa, in un certo senso, a un elisir di lunga vita, a un'acqua quasi magica che possa soddisfare la sua sete di vivere, fermandosi a un livello puramente "biologico"; Gesù, invece, la vuole condurre a scoprire una vita in pienezza.

Nel dialogo, tuttavia, un passaggio importante avviene quando la donna, a partire dalla sua sete di vivere, viene coinvolta nella totalità della sua persona, e dalla questione su "qualcosa" (l'acqua), si passa a una questione che la riguarda personalmente con tutta la sua vita. Si comprende così meglio la frase di Gesù: "Chiama tuo marito" (Gv 4,16). Ora la donna di Samaria viene messa di fronte a

se stessa, invitata a riconoscere quella che è la sua verità profonda, come base per poter meglio conoscere la sua relazione con Dio. In altre parole, la donna viene ricondotta alla sua indigenza radicale che è il suo stesso "io".

Sembra questo un compito preciso e universalmente valido di una comunicazione di fede incarnata nell'esperienza umana: essa deve promuovere una conoscenza di se stessi e una presa di coscienza



za della propria condizione concreta, con tutta la povertà e i limiti che la caratterizzano.

A questo punto – proseguendo la rilettura del racconto giovanneo – il problema dell' "io" in situazione, diventa il problema di Dio e di una relazione autentica con lui. La domanda che la donna pone "sull'adorazione di Dio", apparentemente immotivata e diversiva, è in realtà inevitabile, aprendo il problema del fondamento e della finalità stessa della propria vita.

È questo il momento in cui è possibile l'offerta del vero dono di Gesù. Il "dono di Dio" di cui Gesù ha parlato all'inizio del dialogo si rivela Dio stesso, Dio in quanto dono di amore, cioè lo Spirito Santo (Gv 10,24).

Ora la donna può riconoscere la sete essenziale che avverte nel profondo di sé e scoprire la fonte che unicamente vi può rispondere²⁵.

"Gesù le prospetta un rapporto nuovo con Dio «in spirito e verità» (Gv 4,24), si rivela a lei co-

me il Messia atteso, l'unico in grado di dare l'acqua che disseta per sempre. La donna allora lascia la brocca al pozzo e corre con entusiasmo a chiamare i suoi concittadini: «Venite a vedere» (Gv 4,29). Intuisce di aver trovato ciò che, forse inconsapevolmente, cercava da sempre²⁶.

Quale, allora, il compito di una comunicazione di fede con le persone depresse?

Il racconto giovanneo fa emergere elementi che certamente devono far parte di una comunicazione di fede in qualunque condizione umana. Eppure, riletto con una più diretta attenzione a una comunicazione di fede con persone sofferenti di depressione, sembrano risaltare alcuni elementi di particolare valore terapeutico e liberante: il suscitare dialogo con chi tende a chiudersi in se stesso; il promuovere ascolto, confronto e risposta con la Parola; l'accompagnamento graduale in un passaggio dalle proprie esperienze più immediate, e spesso condizionanti, all'esperienza di una conoscenza di se stesse e dei loro bisogni più profondi e radicali: la loro sete di essere, di avere fiducia, di ritrovare armonia interiore, di sentirsi in un orizzonte di crescita, di realizzazione e di vita piena.

Compito specifico, quindi, di una comunicazione di fede e di un accompagnamento in una più autentica e risanante esperienza di fede, sembra essere quello di aiutare e condurre la persona ad avvertire e riconoscere la propria sete radicale, partendo dalle stesse esperienze di limite, per aprire tale sete all'incontro con l'unica sorgente che la può colmare: l'incontro con il mistero del Dio della tenerezza e dell'amore gratuito che chiama ciascuno di noi per nome a realizzarsi, che ci ama sempre come figli e ci è vicino, anzi, è in comunione con noi. È un cammino graduale – sempre attento al passo e alle condizioni sempre singolari di ciascuno – che deve aiutare la persona depressa a riconoscersi con fiducia e realismo nella verità di se stessa, a riorientarsi in una relazione più autentica con Dio, a riconoscere inseparabilmente "il dono" che è Dio, "il dono" che essa è per gli altri e gli altri per essa.

Ma per dire e far sperimentare questa dimensione terapeutica della fede cristiana non sono sufficienti le parole: esse assumono la forza risanante quando sono comunicate nella “potenza dello Spirito” attraverso la testimonianza di una fede autentica di cristiani, di una comunità cristiana che renda desiderabile agli altri la fede professata e ne lasci intravedere la forza trasformante nella loro vita²⁷.

È quanto i santi sono in grado di dire più e meglio di noi, con la loro vita e, spesso, in modo essenziale e poetico, come S. Teresa di Gesù:

“Niente ti turbi / niente ti spaventi.

Tutto passa / Dio non cambia.

La pazienza ottiene tutto. / Chi ha Dio
non manca di nulla. / Dio solo basta”²⁸.

Mons. SERGIO PINTOR
Direttore dell'Ufficio Nazionale
per la Pastorale Sanitaria della C.E.I.,
Italia

Note

¹ Eb, 11,1.

² Cf. CCC 143-1444; DV 2,5; cf. anche Rm 10,14-17).

³ CCC 144.

⁴ Cf. Gen 15,1-21; Rm 4,18-25.

⁵ CCC 221.

⁶ J. RATZINGER, *Elementi di teologia fondamentale*, Mocelliana, Brescia 1986, p. 50.

⁷ Cf. CEI, *La verità vi farà liberi*, Libreria Ed. Vaticana, Roma 1995, p. 82.

⁸ Cf. Lc 1,28.

⁹ Lc 2,10.

¹⁰ Cf. R. LAURENTIN, *I vangeli dell'infanzia di Cristo*, Ed. Cinisello 1895.

¹¹ Cf. nota 4 da *Humanae vitae* p. 37.

¹² Cf. Gv 8,32.

¹³ Gal 2,20.

¹⁴ Cf. J. RATZINGER, *Elementi di Teologia fondamentale*, cit., pp. 69-79.

¹⁵ Ct 61.

¹⁶ CCC, 166.

¹⁷ Ivi.

¹⁸ Cf. CT 55, cf anche GC 145-147.

¹⁹ Y. CONGAR, *Situation et taches presentes de teologie*, Cerf, Paris, p. 76.

²⁰ GS 22.

²¹ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, 31.

²² CT 5; Cf. anche DGC 80-83; CCC 426.

²³ B. SESBOUË, *Riconciliati in Cristo*, Queriniana, Brescia 1990, pp. 110.

²⁴ Cf. Gv 4,5-30.

²⁵ Cf. J. RATZINGER, *Elementi di Teologia Fondamentale*, cit. pp. 93-95.

²⁶ CEI, *La verità vi farà liberi – Catechismo degli adulti*, Lib. Ed. Vaticana, Roma 1995, p. 18.

²⁷ Cf. C. KLEBERS, *Croire pour plaisir*, in “*Lumen Vitae*” XLIII, 1988, 1, p. 69.

²⁸ SANTA TERESA DI GESÙ, *Poesie*, 30.

P. TONY ANATRELLA

1.2 Privilegiare un'educazione (personale e comunitaria) del senso della persona, della responsabilità e dell'autostima alla luce del cristianesimo

Introduzione

La persona depressa spesso si sente esaurita, priva di risorse interiori e non sa come relazionarsi con gli altri e con la vita. La depressione, come malattia, rappresenta uno stato di tristezza profondo e doloroso che si ripercuote sulla vita quotidiana che diventa difficile, perfino insopportabile, in quanto perde progressivamente di significato. Il disinteresse, e a volte la disperazione, invadono la persona che, non sapendo più proiettarsi nel domani, perde fiducia, è

assalita dai dubbi e ingiustamente tende a sottovalutarsi. Non vedendo via d'uscita alla crisi, la persona malata entra in una dimensione tutta sua dell'esistenza.

La depressione, in tutte le sue forme, ci riporta sempre a questioni di senso. È per questo che non possiamo limitarci alla constatazione di un turbamento depressivo senza porci il seguente quesito: come aprire la persona a una speranza che l'aiuti a svilupparsi, ad inserirsi socialmente e che le riveli il significato della sua esistenza? Come rendere maggiormente pre-

sente, per la persona e per la società, la dimensione spirituale a partire dalla quale può costituire e rafforzare la propria vita interiore? La persona può sviluppare la propria vita interiore solo di fronte e in interazione con una realtà oggettiva, con una terza persona, con una dimensione diversa dalla sua, altrimenti proverà un senso di vuoto. È per questo che, in una prospettiva cristiana, l'uomo può ritrovarsi veramente solo in una relazione con Dio che lo chiama continuamente all'alleanza con Lui. Vorrei mostrarvi che la spe-

ranza cristiana è una fonte antropologica che ispira l'educazione della persona e la sua vocazione particolare, per quanto riguarda i seguenti temi:

- le condizioni oggettive della depressione;
- scoprire il senso della persona e della sua relazione comunitaria;
- educare al senso della persona;
- educare al senso della responsabilità;
- educare al senso dell'interiorità.

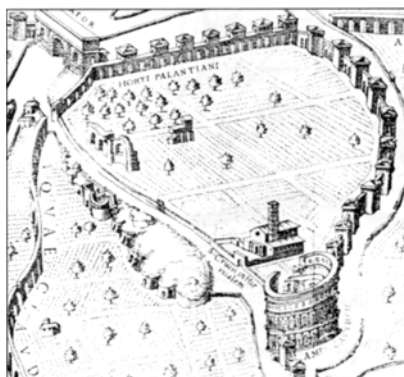
Le condizioni oggettive della depressione

La persona depressa è spesso sola con se stessa anche quando è circondata dalla famiglia e dagli amici. Non si tratta qui della solitudine inerente ad ogni persona, che è il risultato della nostra singolarità (individualità), ma di un isolamento, di un allontanamento e di un abbandono della vita. La persona malata non sa più stimarsi e trovare valore ai propri occhi. Non sa più come collegare la propria storia personale alla storia della società.

Tale isolamento è tanto più accentuato quanto più la società attuale, diventata individualista, valorizza il soggettivismo e una forma di libertà che non deve ispirarsi alla verità oggettiva e alle norme morali. L'uomo moderno è solo, senza un altro con cui confrontarsi, di fronte agli avvenimenti e senza coscienza storica, come se l'universo fosse nato con lui ed egli vivesse situazioni inedite. La società crea anche le condizioni oggettive della depressione, moltiplicando le leggi per rispondere a casi particolari a scapito del bene comune. In questo modo non sostiene il suo quadro portante valorizzandone i valori e l'ordine simbolico come attraverso il matrimonio e la famiglia che sono riferimenti strutturanti per le persone e il tessuto sociale. Essa ha la stessa tendenza a diffidare, cioè a disprezzare la dimensione religiosa dell'uomo. L'era della confusione dei pensieri e dei sentimenti domina gli animi.

Viviamo in forme di società che perdono la memoria del loro passato e di ciò che le ha realizzate. Il

Papa Giovanni Paolo II ricorda a ragione la verità storica che «la fede cristiana ha plasmato la cultura dell'Europa»¹ nel momento in cui si vuole ignorare e censurare questa realtà nel preambolo della Costituzione Europea. Perlomeno nei Paesi economicamente sviluppati, ci collochiamo in una contro-identificazione con la nostra storia e la nostra origine. Scaturisce così dal discorso politico un diniego relativo alla dimensione strutturale del religioso come realtà sociale e istituzionale, una vergogna per le nostre origini, il nostro passato ed il cristianesimo, il che non permette di concepire l'avvenire. Quando ci si vuole privare del passato e rinnegarlo, è difficile costruirsi una storia. L'uomo moderno ha difficoltà ad entrare in contatto con l'aspetto reale dell'umanità perché gli mancano le ragioni di vivere. Mantenendo solo interessi soggettivi, egli non sa più pensare a se stesso in termini di destini personali e collettivi.



Il narcisismo dei modelli sociali contemporanei, che riduce la persona ad un individuo e fa di ciascuno il proprio punto di riferimento e la finalità di ogni cosa, è piuttosto tragico. In queste condizioni, la persona non si arricchisce con altri riferimenti diversi da se stesso e il legame sociale non può più essere conviviale né fonte di progetti. La vita si ferma con sé e non può esserci una vita di fronte a sé. La vita sociale e culturale è ridotta alla società dei consumi e delle feste commerciali. I barometri del consumo saranno i soli criteri di valutazione dello stato delle mentalità. Si parlerà così di «morale basso delle coppie» se si osserva un rallentamento negli ac-

quisti, e del «ritorno alla fiducia» se i cittadini aumentano i consumi e fanno festa in occasione di avvenimenti artificiali programmati in un gioco di luci e «paillettes». Gli acquisti e le feste commerciali contro la depressione non sono un segno di salute sociale e preparano, più o meno a lungo termine, una grave crisi morale. In tutto ciò bisogna vedere l'assenza di un'autentica vita spirituale.

Un tale condizione di spirito rischia di produrre conseguenze sulla religione e sulla morale che non appariranno più come luoghi delle risorse. Il nuovo malessere della civiltà è quello di credere che manchiamo di riferimenti morali e spirituali, mentre invece essi esistono ma siamo noi che non vogliamo più farvi ricorso.

Gli autori spirituali hanno saputo sempre distinguere tra la *depressione*, che è una malattia di ordine biologico e psicologico, e la *desolazione*, che traduce una crisi della vita spirituale. Ma l'una può a volte provocare l'altra, e viceversa. Troviamo qui l'unità della persona umana così come ha saputo presentarla il pensiero cristiano. L'incarnazione del Figlio di Dio, che ha assunto la condizione umana, fa entrare l'uomo nel cuore di Dio, poiché Dio stesso è nel cuore dell'uomo. Questi scopre la propria verità nella parola di Dio, poiché è suo simile. Egli è stato creato a immagine di Dio come persona umana e chiamato alla libertà e alla responsabilità. È stato donato a se stesso per essere creatore di vita in comunione con il Padre per entrare nell'umanità di Cristo. La depressione esistenziale manifesta, tra le altre cose, uno smarrimento spirituale quando si attenua la comprensione della presenza e della chiamata di Dio. Nel contesto attuale, le crisi esistenziali rischiano di essere laicizzate e svuotate della loro dimensione spirituale. Per questo motivo, il più piccolo problema di vita è rimandato alle cure del medico; un atteggiamento di spirito che sposta la dimensione spirituale sulle preoccupazioni sanitarie. Le crisi esistenziali sono tuttavia un momento importante in cui la persona esamina la propria esistenza e si interroga su ciò che fa della propria vita.

Scoprire il senso della persona e della sua relazione comunitaria

Ho appena detto che nei discorsi attuali, per designare un essere umano, la nozione di individuo è sempre più utilizzata rispetto a quella di persona umana. Tutta una corrente delle scienze umane tende a equiparare la sua psicologia e la sua biologia con quella del mondo animale. Così facendo, si vuole dimostrare, con una certa competenza, che abbiamo particolarità comuni. Ma, agendo in questo modo, si diminuisce il senso della natura umana riportando l'uomo dalla sua condizione di persona a quella di individuo tra altri individui. Esiste una differenza di natura tra l'uomo e il mondo animale. Un tale trasferimento ideologico produce degli slittamenti che non rendono più intelligibile la dignità dell'essere umano, il senso della sua libertà, della sua responsabilità e della sua educazione. Se l'essere umano è un individuo, egli non si riduce a quest'ordine che, invece, si integra in quello della persona umana. «L'uomo non è chiuso nei limiti della natura; c'è in lui un mistero che gli conferisce un valore superiore e gli dà accesso al piano soprannaturale di Dio»².

La concezione cristiana di un Dio trinitario il cui rapporto tra le tre persone della Santissima Trinità è animato dall'amore, cioè da ciò che comunica la vita, dal dono e dallo scambio, ha rivoluzionato il senso dell'uomo. Tutte le visioni di Dio sfociano spesso su idee differenti sull'uomo. La fede cristiana è così all'origine del senso della dignità della persona umana, della sua interiorità, della sua libertà, della sua responsabilità, dell'uguaglianza e della democrazia, distinguendo il potere temporale da quello spirituale. Il pensiero personalistico e comunitario di Giovanni Paolo II, radicato nella Tradizione cristiana, ha fortemente sottolineato tutte queste verità della natura umana che la ragione può scoprire e che sono illuminate e si compiono nella parola di Dio.

La Chiesa ha così creato il matrimonio per amore affermando l'uguaglianza dell'uomo e della donna, la libertà di scegliere e di impegnarsi l'uno verso l'altro per il piacere di costruire una comu-

nità di vita e di dare la vita ai figli. La Chiesa ha dovuto lottare per circa venti secoli perché questo modello potesse essere accettato politicamente dalla società, che privilegiava i matrimoni combinati dalle famiglie e i matrimoni forzati. La Chiesa ha sempre sostenuto l'uomo, in quanto persona umana, affinché fosse soggetto della propria esistenza e della relazione comunitaria che sviluppa con gli altri nella società. La religione, e la fede cristiana in particolare, è un fattore che favorisce il legame e l'integrazione sociale. Essa permette a ciascuno di ritrovarsi con se stesso, di umanizzarsi e di socializzare. Per questo bisogna con-



testare il discorso politico che vuole che la religione sia ridotta all'ambito privato; essa ha anche una dimensione sociale e istituzionale; è creatrice di civiltà.

Di fronte alle diverse forme di depressione (endogena, reazionale o esistenziale), possiamo pensare ad un atteggiamento educativo che ne limiti gli effetti? Credo che un'educazione che trasmetta i materiali culturali, spirituali e morali restando centrata sul senso della persona, della sua stima e delle sue responsabilità, offrirebbe non soltanto uno stimolo per aprirsi a se stessi e agli altri, ma anche un sostegno e una forma di trattamento significativo allo scopo di far fronte alle difficoltà esistenziali. Spesso l'uomo di trova di fronte ad una sfida che ritroviamo, in maniera accentuata, durante l'adolescenza e negli stati depressivi: quello di accettarsi e di aderire alla vita.

Educare al senso della persona

L'uomo è creato a somiglianza di Dio. Egli partecipa alla vita di Dio e riceve così la propria dignità di persona umana come un dono. Nascendo, ogni persona è donata a se stessa. La vita può essere considerata pesante e costrittiva al punto di esistere rifiutandola nello stesso tempo. Nel migliore dei casi, il soggetto è invitato ad accettarsi e ad accogliere la vita. Questo è il dilemma che si vive a volte durante l'adolescenza quando il giovane si interroga e si chiede "a cosa serve tutto ciò?". Egli non sa come accettarsi, non sa quale senso dare alla propria vita e rischia così di depri-

mersi e di demotivarsi. Tutto ciò corre il pericolo di aggravarsi in un contesto in cui gli adulti perdono il senso dell'educazione e lasciano i bambini e gli adolescenti senza punti di riferimento e soli con se stessi, privi di una trasmissione culturale e religiosa che dà loro il piacere di vivere.

L'educazione deve insegnare molto presto ai bambini ad accettarsi. Tale accettazione di sé passa spesso attraverso il riconoscimento che essi ricevono da parte dei loro genitori e degli adulti che li accompagnano nella loro maturazione. Quando si sente accettato e giustamente valutato, il bambino può riconoscersi. A volte tale atteggiamento benevolo da parte degli adulti è insufficiente quando il bambino resiste ad acconsentire alla vita per ragioni personali, o in seguito ad un'interferenza inconsapevole da parte dei genitori. È necessario saper identificare l'una e l'al-

tra situazione per trovare l'atteggiamento pedagogico che aiuterà il bambino a progredire. Basterà a volte togliere una paura, un dubbio e l'interpretazione ansiosa di un avvenimento significativo.

Il bambino acquisterà tanta più consapevolezza della propria dignità quanto più sarà rispettato. Egli scoprirà di appartenere a se stesso e che i suoi genitori, come gli altri adulti, gli sono vicini per aiutarlo ad imparare ad esercitare la sua libertà, una libertà che gli è donata per scoprire le verità della vita e le verità di Dio. La verità rende liberi cercando, nella vita, di mettere la propria libertà al servizio del bene. Il bambino scoprirà presto le debolezze della libertà umana che può tradire la sua apertura per «beni finiti, limitati ed effimeri»³. Ma un amore paziente e fiducioso l'aiuterà a riprendersi per diventare sempre più libero. L'educazione religiosa gli farà scoprire che nel «legame con la verità e l'adorazione di Dio si manifestano in Gesù Cristo come la più intima radice della libertà»⁴.

L'educazione del senso della libertà si basa sullo sviluppo della ragione e della volontà al fine di discernere ciò che è più opportuno fare per quanto riguarda i valori morali e la loro messa in pratica. I valori morali sono una strada per raggiungere la felicità di vivere. Essi non hanno lo scopo di limitare o di condannare il soggetto ma, al contrario, di illuminare la sua coscienza sulla scelta delle sue condotte umane. La legge morale è al servizio del bene e della verità. Essa permette di formarsi alla scuola della libertà in una relazione fiduciosa con Dio e con gli altri. Il pensiero contemporaneo, sempre più centrato sull'ipotetico sviluppo affettivo che sull'auto-realizzazione, riflettendo, spiritualmente e moralmente, sulla sua esistenza, non è in grado di fornire i mezzi culturali per lavorare interiormente al fine di accedere ai problemi dell'esistenza. Si esalta la libertà individuale «*al punto da farne un assoluto, che sarebbe la sorgente dei valori*»⁵. Occorre seguire «la propria coscienza», «essere d'accordo con se stessi» e valutare moralmente tutto partendo dalla propria sincerità. La sincerità non è il criterio dell'autenticità: il soggetto può es-

sere sinceramente in errore senza saperlo. Giovanni Paolo II ci ricorda nella *Veritatis spendor* che «la coscienza non è più considerata nella sua realtà originaria, ossia un atto dell'intelligenza della persona, cui spetta di applicare la conoscenza universale del bene in una determinata situazione e di esprimere così un giudizio sulla condotta giusta da scegliere qui e ora; ci si è orientati a concedere alla coscienza dell'individuo il privilegio di fissare, in modo autonomo, i criteri del bene e del male e agire di conseguenza. Tale visione fa tutt'uno con un'etica individualista, per la quale ciascuno si trova confrontato con la *sua* verità, differente dalla verità degli altri»⁶. Così le verità soggettive inerenti l'esperienza del soggetto rischiano di confondersi con le verità oggettive. A queste condizioni, la persona fa fatica ad avere coscienza delle realtà oggettive. È un fenomeno che si osserva quando lo sbaglio è sostituito dall'errore o dell'incidente comportamentale in nome del quale chiede di essere scusato più che cercare di riparare. Tale dislocazione spiega, da una parte, la tendenza ossessiva delle società occidentali a ridurre tutto all'aspetto giuridico perché, non sapendo far uso del senso morale, ripiegano sulla giustizia alla ricerca di un colpevole. Tali società perdono il senso della trasgressione e del peccato che, per una persona, è sempre occasione per lavorare al proprio rinnovamento e alla propria conversione per riscoprire l'amore di Dio. In altri termini, la scoperta della libertà deve essere accompagnata da un senso sempre più affinato delle proprie responsabilità.

Educare al senso della responsabilità

La libertà che è donata all'uomo è una delle caratteristiche che qualificano la persona umana. Diventando sempre più libero nei riguardi dei propri desideri e degli obblighi dell'esistenza, l'uomo acquisisce maggiormente il senso delle sue responsabilità nella relazione con se stesso e nelle relazioni con gli altri. Essere consapevole del senso delle proprie responsabilità, essere capace cioè di rispondere

delle proprie azioni di fronte ai valori esistenziali, vuol dire affinare la propria vita interiore e sviluppare il senso comunitario. In effetti, un'azione realizzata da una persona comporta sempre delle conseguenze su di sé, sugli altri e sul tessuto sociale e ciò avrà ugualmente delle ripercussioni positive o negative sulla persona.

Ho già ricordato, in una precedente conferenza, che certe persone hanno a volte la tendenza a vivere come vittime della vita quando sono di fronte alle difficoltà dell'esistenza, che interpretano come delle ingiustizie da parte degli altri o/e di Dio. In questo modo, mostrano più di subire la loro esistenza che di accettarla od assumerla. Non accedono a una giusta visione delle loro responsabilità personali e collettive. Devono potersi giovare della società e perfino esigere che le sue norme siano conformi ai loro interessi soggettivi.

La rivelazione biblica ci insegna che la vita ci è donata e che essa è affidata alla libertà di ciascuno per il bene delle persone e della comunità. Essa invita l'uomo a uscire dal pensiero pagano, cioè dal pensiero selvaggio delle regressioni contemporanee, per liberarsi del fatalismo della vittimizzazione. Cristo ha assunto su di sé l'onere di essere la vittima del peccato degli uomini e, nella sua passione e resurrezione, ci ha rivelato la fedeltà di Dio che non abbandona coloro che ama. L'uomo accede alla via che gli permette di partecipare alla vita, all'azione e alla passione di Dio fatto uomo. Grazie all'Incarnazione di Gesù Cristo, noi entriamo nell'umanità di Dio con uno sguardo diverso su noi stessi e sull'esistenza. Passiamo dalla concezione di un uomo vittima dell'esistenza, a quella di un uomo libero e responsabile del proprio consenso alla vita. Per un cristiano, amare Dio vuol dire amare la vita e amare l'uomo. Le strade di Dio passano per l'uomo, come ricorda Giovanni Paolo II nell'enciclica *Redemptor hominis*.

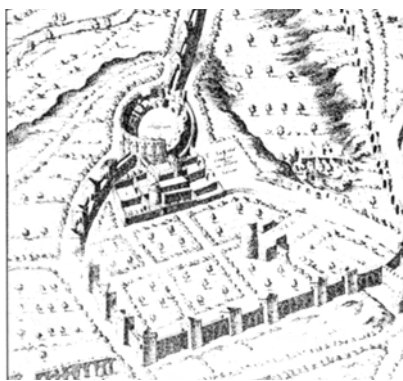
Accogliere la vita permette all'uomo di diventare responsabile di se stesso e degli altri. Ma il consenso alla vita rappresenta, spesso, una prova per l'uomo. Egli può sottrarsene, sfuggirla o spostarla su altre preoccupazioni; nondimeno la questione resta e può esprimersi con un

malessere esistenziale e spirituale che si osserva spesso nella «desolazione», la stessa che ritroviamo nelle lamentele di Giobbe o del salmista: «Io sono colmo di sventure, la mia vita è vicina alla tomba. Sono annoverato tra quelli che scendono nella fossa, sono come un morto ormai privo di forza» (Sal 87, 4-5). Tale sofferenza esistenziale è nota da sempre. I primi monaci cristiani l'hanno affrontata e pensata con la nozione di *acedia*, cioè la difficoltà di accettare di vivere, di occuparsi di sé e di accettarsi essendo capaci di controllare i più contraddittori desideri che possono invadere la coscienza umana. L'*acedia*, come abbiamo detto in precedenza, è alla congiunzione della crisi spirituale e della depressione per sapere come farsi carico di sé e scoprire il senso a partire dal quale costruire la propria storia personale.

Il pensiero antico vedeva in tutti i tormenti interiori l'intervento degli dèi, il pensiero greco li drammatizzava all'estremo, il pensiero romano era afferrato dal terrore e dalla paura mentre le correnti asiatiche tentavano di liberarsi della lotta interiore nell'annullamento dei desideri. I cristiani, impegnati nella sequela di Cristo nella spiritualità dell'Incarnazione, hanno accettato di considerare i desideri umani e, come il salmista e i Padri della Chiesa, hanno cercato di interrogarsi sul loro contenuto per sapere come viverci, combattuti tra inquietudine e angoscia. Le Confessioni di Sant'Agostino ne sono l'illustrazione perfetta, quando il Vescovo di Ippona tenta di vedere chiaro in se stesso parlando in presenza di Dio, il Terzo che permette di comunicare con se stesso e di scoprire il senso della sua esistenza. Nel Libro XI, Sant'Agostino pone le premesse della psicanalisi che non avrebbe potuto essere inventata al di fuori del contesto di una civiltà fondata sul senso e sulle conseguenze vissute dalla parola di Dio. La fede cristiana è, così, creatrice di vita interiore in cui Dio è presente, e ispiratrice di civiltà e cultura.

La riflessione sui desideri umani, al di là dei soli interessi psicologici, non può essere compiuta spiritualmente senza aver scoperto il senso della vita come ce lo rivela Gesù Cristo. Altrimenti, come

acconsentire a vivere, a costruire un'esistenza e a svilupparsi senza essere uniti alla sorgente della vita? Questa riflessione è diventata difficile in un universo culturale il cui discorso è ampiamente orientato al deprezzamento della dimensione religiosa e alla denigrazione sistematica del cristianesimo, quando non è disinformazione veicolata nei suoi confronti dai media.



Nelle società secolarizzate che neutralizzano la vita spirituale, il dramma dell'umanesimo religiosamente indifferente, e non più soltanto ateo, impoverisce la coscienza umana. Noi dimentichiamo che, nella storia delle idee, la concezione della laicità ha un'origine cristiana. La Chiesa ha introdotto questo concetto per distinguere il potere temporale da quello religioso quando il potere politico ha voluto intromettersi e controllare le questioni religiose. In seguito, il senso della laicità è stato privato del suo significato originale per diventare un'ideologia che esclude la dimensione religiosa dallo spazio pubblico. Tale ideologia ha contribuito allo sviluppo dell'indifferenza religiosa e ha negato progressivamente il diritto di religione privilegiando, per «l'individuo», unicamente la libertà di credere e la libertà di coscienza. Ciò non basta. In effetti, la libertà di coscienza è l'aspetto soggettivo e personale che non si confonde con il diritto di religione quando un'ideologia laica restrittiva gli rifiuta la dimensione sociale e istituzionale per ridurlo all'ambito della vita privata, e che può arrivare perfino a vietare l'esibizione di segni e simboli religiosi. L'umanesimo ateo, rivendicato dai Paesi comu-

nisti e socialisti, ha voluto distruggere la Chiesa che ciò nonostante, attraverso il coraggio di generazioni di cristiani, ha saputo resistere in nome del Cristo della libertà e della dignità della persona umana per mantenere questo diritto alla religione. L'umanesimo dell'indifferenza religiosa, che attualmente imperversa, è più temibile quando afferma, in nome di una laicità che pretende di trascendere il religioso, di voler proteggere le libertà individuali e le libertà pubbliche da ogni influenza religiosa. La laicità non può avere questo ruolo cercando di esercitare il potere politico su quello religioso, essa è soltanto un quadro giuridico e un modo di riorganizzare le relazioni tra il politico e il religioso. Se il potere religioso è distinto da quello politico, ciò non vuol dire che la società sia separata dalla religione. Gli uomini devono potersi esprimere religiosamente tanto sul piano personale quanto su quello sociale. Numerosi parlamentari europei hanno una visione errata della religione, e del cristianesimo in particolare. Alcuni sono pronti a ridefinirne l'articolazione con la società e a limitare maggiormente l'espressione religiosa di fronte alla comparsa di comportamenti religiosi estranei alla cultura europea. Il diritto di religione e il diritto di esprimersi religiosamente attraverso simboli specifici, sono a volte rimessi in causa. Le origini cristiane dei valori europei, le feste e i segni cristiani possono essere negati e rifiutati dai membri di correnti religiose che si insediano attualmente in vari Paesi europei. C'è il rischio che vengano prese decisioni politiche e giudiziarie sfavorevoli alle nostre origini e ai nostri simboli, in nome di una errata concezione dell'uguaglianza. Abbiamo sentito un membro eminente della Corte europea dei diritti dell'uomo affermare che «l'inquadramento della libertà di coscienza sia previsto dalla legge»⁷. Il discorso politico⁸, ancora una volta, si farà totalitario disconoscendo il ruolo svolto dalla religione nel legame sociale e nella riflessione antropologica che arricchisce il pensiero umano? In un'epoca in cui le persone sono spesso sradicate e senza storia, il discorso della repressione religiosa distrugge il senso dell'apparte-

nenza ad una filiazione e ad una tradizione spirituali. L'identità sociale di una persona è molteplice, non si riconduce ad un'identità psicologica e politica (per quanto quest'ultimo aspetto abbia un senso) come si vuole far credere attualmente. Il bisogno di appartenere ad una famiglia, ad un Paese, ad una cultura e ad una religione è una necessità vitale. Politicamente è un suicidio negare le origini cristiane e culturali della società per mostrarsi accoglienti nei riguardi di nuove religioni. Siamo in una situazione paradossale in cui si deplora la mancanza di trasmissione e di appartenenza e, allo stesso tempo, vengono prese decisioni che hanno l'effetto di soffocarle. In un tale atteggiamento, non bisogna vedere una volontà politica di diminuire ancora di più il ruolo della Chiesa e della fede cristiana confondendola con movimenti settari e religioni venute da altre ere culturali? La politica dell'indifferenza religiosa, prosciugando così la coscienza umana, sminuisce nei giovani il senso della religione nella quale essi non possono, in un primo tempo, identificarsi. I giovani, in effetti, possono interiorizzare i valori e il discorso religioso solo nella misura in cui ne sentono parlare in modo positivo. Il che, attualmente, non avviene. Essi avranno bisogno di tempo, e a volte di acquisire un senso critico nei confronti del discorso politico e scolastico che edulcora la realtà religiosa, per scoprire in forma più autentica il messaggio del Vangelo e la missione della Chiesa. Tale forma di laicità non è neutra quando vuole chiudere la religione in un corpus di leggi arbitrarie che assomigliano alla persecuzione religiosa. Essa è perfino distruttrice del religioso, mentre invece certe politiche riconoscono che la religione è in grado di esercitare un vero servizio pubblico, e nel suo accecamento ideologico la laicità intollerante alimenta una crisi morale importante che sarà fattore di crisi esistenziale. Negare la dimensione sociale della religione corrisponde a privarsi delle risorse maggiori dell'esistenza al fine di realizzarsi trovando la felicità delle Beatitudini. È in questo punto ultimo dell'incontro con Dio, che l'uomo può scoprire il senso della

vita ed assumere le proprie responsabilità per dire di sì alla vita. Per questo l'educazione dell'interiorità è attualmente una sfida sociale e pastorale.

Educare al senso della vita interiore

La depressione manifesta sempre una crisi interiore del soggetto che è perso in se stesso ed è nell'angoscia paradossale di vivere. Egli non sa cosa fare di sé e della propria esistenza. È prigioniero dello specchio dei suoi sentimenti senza disporre di alcuna mediazione per prendere possesso della propria esistenza. È come chiuso nella sua soggettività in cui ciò che è provato e immaginato sembra più vero della realtà oggettiva. Senza negare la patologia depressiva definita e le cure che possono essere portate per guarirne, l'educazione deve dare al soggetto i mezzi, fin dall'infanzia, per imparare ad occuparsi del proprio spazio interiore, psicologico e allo stesso tempo spirituale, per accettarsi completamente.

Il dinamismo e la forza di una personalità dipendono dal suo dialogo interiore. Questo si realizza a partire dalla funzione psicologica dell'ideale che favorisce la nascita e lo sviluppo della soggettività. La funzione dell'ideale è importante per imparare ad identificarsi con persone e valori presentati come riferimenti e a partire dai quali il soggetto si svilupperà. Egli potrà occupare e approfondire la sua vita interiore grazie ad esse. Diventerà capace di fare progetti, di apprezzarsi e anticipare l'avvenire. La persona non può sviluppare la propria vita interiore se non impegnandosi in un lavoro d'associazione tra la sua soggettività e delle verità e realtà oggettive, che non dipendono cioè da lei. In altri termini, la vita interiore si costituisce unicamente nel confronto con l'altro, piuttosto che con se stesso.

Nella depressione, il soggetto è privo di questa dinamica interiore che occorre conoscere e, nella misura del possibile, rimettere in movimento. Per questo l'educazione deve preoccuparsi di nutrire e stimolare la vita interiore attraverso il dialogo, la lettura, l'autoriflessione, l'apporto della cultura e del-

la ricerca religiosa, invitando ad arricchire la vita spirituale prestando attenzione alla parola e alla presenza di Dio.

Nella prospettiva cristiana, la relazione con Dio permette all'uomo di riconoscere il proprio destino soprannaturale⁹. L'uomo è chiamato a vivere fin da oggi dell'amore di Dio, che gli rivela la profondità del suo essere: Dio solo può colmare i desideri della sua vita spirituale. Egli invita l'uomo a partecipare alla vita divina, che va oltre tutto ciò che l'uomo stesso può concepire¹⁰. La vita interiore del credente è lo spazio in cui si sviluppa la vita soprannaturale, in risposta all'appello evangelico e al dono della grazia di Dio. La vita spirituale è così l'espressione della presenza di Dio nell'uomo. Essa si esprime attraverso forme di spiritualità differenti. È per questo che la vita spirituale non può essere confusa con la vita dell'intelligenza come la si vorrebbe concepire oggi attraverso la poesia, l'arte, l'estetica, la filosofia o la saggezza morale quando si parla di «spiritualità laica». Più precisamente, lo Spirito Santo è il maestro della vita interiore che fa nascere e crescere «l'uomo interiore» (*Rm* 7, 22 ; *Ep* 3, 16). Per questo la vita spirituale è sempre in rapporto con la dimensione religiosa e cristiana che la fonda.

Conclusione

La persona che vive un'esperienza depressiva ha bisogno di essere circondata e stimata mediante i gesti quotidiani. Bisogna mostrarle che ci si interessa di lei, che la vita continua affinché ella possa parteciparvi. Non bisogna rimproverarle il suo stato, ma esserle vicini, amarla e continuare la vita come sempre. Questo atteggiamento prepara il momento in cui il soggetto rifiuterà di andare oltre nella propria debolezza depressiva, cercherà di risollevarsi, di trovare «la forza di guarire» e di ritrovare il gusto della vita, a cominciare da quello del cibo. Nell'attesa, numerose volte avrà cercato di rimettersi in causa ed avrà desiderato di vivere diversamente.

L'uomo che conosce la depressione, si disistima e non sa più che fare di se stesso. Ha bisogno di

sentire una parola che lo liberi e lo aiuti a impossessarsi della sua esistenza. Ritrovare fiducia in se stesso e nella vita passa anche per la pedagogia della speranza cristiana. Una speranza che ci apre un avvenire con Dio e che ci radica nel desiderio di trovare la nostra felicità con Cristo nella vita eterna sostenuti dalla grazia dello Spirito Santo.

Le Beatitudini ci tracciano il cammino attraverso le prove che incontriamo per raggiungere Cristo e cominciare, fin da ora, a vivere spiritualmente ciò che ci è stato promesso. La speranza nella vita eterna ci illumina ed è a partire da Cristo Risorto che dobbiamo riconsiderare la nostra vita. È in lui e nell'aspirazione alla felicità iscritta da Dio nel cuore di ogni uomo che egli trova la forza per cambiare il proprio modo di vivere. L'uomo lasciato solo con la sua disgrazia e la sua erranza, senza un'altra persona che lo incoraggia ad alzarsi, a volgere lo sguardo e a ricevere la parola di Dio che è amore, avrà diffi-

coltà a liberarsi spiritualmente di una immagine che lo riduce a ciò che fa. Egli continua a proiettare nell'avvenire la sua situazione presente, mentre Cristo ci mostra che bisogna cambiare prospettiva per trovare la vita.

Acconsentire alla vita è un atto d'amore. Occorre raggiungere l'amore che Dio ci ha dato malgrado le prove dell'esistenza che Cristo ha condiviso fino alla croce. Educare al senso della persona, della libertà e della responsabilità non è forse cercare di realizzare la vita che ci è donata e di ricevere ciò che Dio vuole ancora offrirci. A tutti coloro che, come il salmista, dicono tristemente: «*Fino a quando nell'anima mia proverò affanni, tristezza nel cuore ogni momento?*» (Sal 12, 3), Cristo risponde: «*Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza*» (Gv 10, 10).

P. TONY ANATRELLA
Psicanalista e specialista
in psichiatria sociale
Parigi, Francia

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, discorso in occasione dell'Angelus domenicale del 20 luglio 2003 a Castel Gandolfo.

² GIORGIO LA PIRA, *La valeur de la personne humaine*, Paris, Mame, 1962.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 86.

⁴ *Op. cit.* n. 87.

⁵ *Op. cit.* n. 32.

⁶ *Op. cit.* n. 32.

⁷ JEAN-PAUL COSTA, vice-presidente della CEDH, ascoltato dalla commissione francese sulla laicità, *Le Figaro*, sabato 18 e domenica 19 ottobre 2003.

⁸ Il Primo Ministro francese, invece, ha voluto dare una visione più equa della laicità fondata sul rispetto reciproco e istituzionale tra società e Chiesa. «In fondo, la laicità moderna non è così differente da quella di cui parlava già, prima del Vaticano II, Papa Pio XII quando parlava di giusta laicità. Il dialogo che abbiamo sviluppato con i rappresentanti della Chiesa cattolica, come pure con le altre confessioni cristiane e le altre religioni, consolida la solidarietà e la coesione del Paese. Lungi da ogni concezione che vorrebbe ridurre il posto della religione nella vita sociale, la separazione dei ruoli tra Stato e religioni, è il rispetto dell'altro, è un principio di libertà». Tratto dal discorso pronunciato sabato 18 ottobre 2003 all'Ambasciata di Francia presso la Santa Sede. Nel giornale *La Croix*, lunedì 20 ottobre 2003, pag. 5.

⁹ Cf. HENRI DE LUBAC, *Surnaturel*, Paris, DDB (1991) 2000.

¹⁰ Cf. Idem, *Le mystère du surnaturel*.



2. La carità

DOMINIQUE MEGGLÉ

2.1. Instaurare un legame sociale in una società scissa e dominata dall'individualismo

Da più di una decina d'anni, nei paesi industrializzati, riscontriamo un'enorme diffusione della depressione, un'importante epidemia che non ha precedenti in tutta la storia dell'umanità. Eppure, la depressione non è un'invenzione moderna. In tutti i continenti ed in tutte le epoche è stata sempre considerata come un disagio esistenziale necessitante di cure, ma prima d'ora, era sporadico e contenuto. Attualmente non lo è più. Non cessa di espandersi.

Nelle zone periferiche dell'Africa, la depressione è sporadica, ma nelle grandi città africane più sviluppate, le cifre riguardanti la depressione «si occidentalizzano». Che cosa è accaduto? C'è qualcosa di deteriorato in ciò che, in mancanza di meglio, definirei «la modernità», essa fa sì che non stiamo affatto bene e che la situazione s'aggrava ogni giorno un po' di più.

Poiché non ne conosce le cause, la psichiatria non sostiene che la depressione sia una malattia, ma la tratta come tale e spesso con successo; nonostante ciò, riesce a prevenirne le ricadute meno di una volta su due. Nella sua evoluzione, la psichiatria cerca di basarsi sulle scienze umane. Tuttavia, quest'ultime, sono esse stesse demoralizzanti. Riducono l'uomo ad una serie di fatalità biologiche, psicologiche e sociologiche. Secondo queste, io come uomo, sono interamente condizionato: non c'è più speranza. Non sono le scienze dell'umano, ma del sub-umano. Hanno tralasciato ciò che è specifico

dell'uomo tra tutti i primati, ciò che lo costituisce come essere umano: cioè, tutto ciò che fa parte della sfera della sua libertà, della sua responsabilità, dei suoi valori e che lo rende una persona umana capace di vivere in una comunità di persone.

D'altronde, essendo delle scienze, più s'addentrano nei dettagli dell'analisi, più sono incapaci di valutare l'uomo nella sua interezza. Non si basano su alcuna antropologia filosofica, cosa che sarebbe invece da fare urgentemente quando ci si interessa ad un problema come quello della depressione, che mette in discussione le nostre ragioni di vita: perché vivere? perché morire? Il depresso che non vuole più vivere, s'imbatte con i grandi interrogativi delle filosofie e delle religioni di tutti i tempi. Queste, hanno sicuramente molto da dire sulla depressione, ma ci si comporta *come se* fossero, in pratica, inutili.

Di fatto, le teorie esplicative sulla depressione si sono moltiplicate al ritmo della depressione, delle tendenze del momento e del mercato. Eccone alcuni esempi. Gli organicisti, pensano che la depressione provenga da un malessere biologico dell'umore, mentre per gli psicanalisti, da un malessere psicologico dell'umore. Secondo i cognitivisti, la tristezza non è primaria ma secondaria ad un complesso di credenze erronee. Tutti concordano sul fatto che tutto avviene nell'interiorità dell'uomo, concepito come una monade nel senso Leibniziano del termi-

ne¹. I sistematici, al contrario, affermano che la depressione non è appannaggio di un individuo ma di tutta una famiglia. Parlano di famiglie «disfunzionali», nel senso in cui le relazioni interindividuali, sono così perturbate che producono una depressione in ciascuno dei componenti. Ma le persone che compongono la famiglia sono completamente dissociate tra loro a beneficio del solo sistema di interazioni familiari: le persone non esistono più.²

Contrariamente alle apparenze, sebbene in alcuni casi ne abbiamo una forte presunzione, le teorie biologiche non hanno molta consistenza. Attualmente, non sono ben avvalorate e servono più alla promozione commerciale dei farmaci che al progresso della conoscenza. Nemmeno le teorie psicologiche hanno molta consistenza. Infatti, ognuna di esse è costruita per generalizzazione, partendo solamente da alcuni casi studiati. Nessuna verifica è possibile. Nessuna è confutabile: quando una teoria incontra un depresso che non rientra nella casistica prevista per lui, essa si complica, diventa più contorta, fino ad arrivar ad inglobare il nuovo caso nella suddetta casistica. Mai vedrete uno di quei teorici, posto a contatto con un fatto nuovo, dire che si è sbagliato e che bisogna rivedere certi fondamenti della sua teoria.

Ragion per cui, per gli specialisti, il solo comportamento scientifico corretto è quello di ripudiare le teorie apprese dai libri ed interressarsi all'esperienza vissuta,

concreta ed unica di ogni depresso. Ogni depresso è unico, l'esperienza di ogni depresso è unica. Ci sono tanti stati depressivi quanti sono i pazienti depressi. È al paziente reale che bisogna interessarsi.

È preoccupandosi di ciò che suscita la mia inquietudine e non etichettandomi sotto gli aspetti di una teoria o di un'altra, che mi si aiuterà ad uscire fuori dal dolore di aver perso forse mia madre, il lavoro, la salute, d'avere un figlio schizofrenico o l'aids. Solo a ciò il terapeuta scientifico deve interessarsi. Ciò presuppone che entri rispettosamente nel mio universo per esplorarlo, cercando di prestare attenzione al suo modo di comunicare. Devo sentirmi compreso, ci sono delle parole che feriscono, uccidono, leniscono o guariscono.

Per fortuna, nell'ultimo mezzo secolo, la comunicazione ha compiuto enormi progressi. La comunicazione attenta e rispettosa, la relazione interpersonale vera, è un primo recupero del legame sociale. Sarà la base di tutto il lavoro terapeutico.

Anche certe cose son meglio analizzate. Un tempo si diceva che la depressione si manifestava dopo una perdita: perdita di un impiego, di una persona cara, di una sicurezza o altro. Era vero, ma anonimo, individualista e andava bene per le statistiche. Attualmente, si ricoloca questa perdita nel ciclo della vita familiare. Bambini, diventiamo adulti, ci sposiamo, abbiamo dei figli, i nostri figli se ne vanno per sposarsi; in poco tempo abbiamo dei nipoti; bisogna saper vivere la pensione, invecchiare e morire. È la trama dei nostri giorni; ogni volta, lasciamo delle rive conosciute per approdare ad altre. Ogni volta dobbiamo perdere per vincere.

Ognuno di noi vive il ciclo differentemente. Se rifiutiamo la perdita del conosciuto ci irrigidiamo e la crisi depressiva s'innesta. Non c'è altro modo per andare avanti che sopportare le conseguenze delle privazioni subite. Rifiutare il corso della vita equivale a condannarsi alla depressione e a non scoprire nuovi orizzonti. La realtà è questa: se la si accetta ci si apre alla vita, se la si rifiuta, qualcosa si spezza dentro. Ecco un obiettivo pratico dato alla terapia: rilanciare

la persona nel suo ciclo di vita familiare. È pragmatico e ciò contribuisce a porre l'essere umano tra i suoi simili, nel mistero del suo destino personale e comunitario.

Tutto questo approccio (comunicazione, ciclo di vita) era inaffrontabile circa trenta anni fa. Delle risposte adeguate sono ora possibili. Sono autorevoli.

Nonostante ciò, tali risposte non risolvono la questione posta in partenza: perché tutta questa pandemia depressiva? E abbiamo constatato come le teorie confondevano la questione piuttosto che aiutare a trovarne la soluzione. Pertanto, bisogna prendere in considerazione l'evoluzione della nostra società, così come l'abbiamo voluta.

basta a sé stesso. Rivendica di essere una monade. Non ammette che i cambiamenti possano modificarlo. Non ha scambi, fa delle esperienze che gli bastano per consumare, in modo equivalente, del sesso, del cibo o della musica. Rivendicando la sua libertà e la sincerità dei suoi sentimenti, ha sostituito l'essere con l'avere. Consuma, e dopo che ha goduto, è triste.

La pornografia dilaga in tutte le direzioni. Ci mostra una sessualità che non è altro che un bene di consumo.

Nell'evoluzione della persona umana e della società, il ruolo del lavoro non è più percepito. Il lavoro è diventato una schiavitù competitiva, vissuta in una permanente



La verità è che viviamo come dei folli e che, mentre ci lamentiamo, non abbiamo alcuna intenzione di fare altrimenti. Non c'è dunque da stupirsi se la depressione esplode.

Ecco una piccola lista di "prodezze" che siamo riusciti a realizzare in meno di mezzo secolo.

Abbiamo soppresso quasi tutte le tradizioni che ci davano dei punti di riferimento ma che giudicavamo troppo costrittive e le abbiamo sostituite con delle «feste» obbligatorie e ad uso consumistico, come Halloween e le competizioni sportive.

Le coppie sono diventate terribilmente instabili e mentre si formano, si preparano già alla rottura. L'uomo moderno, individualista,

insicurezza. Non siamo altro che strumenti di produzione che devono restare in buone condizioni. E dobbiamo andare sempre più velocemente, con la mente riempita da troppe informazioni, disorientati da troppe sollecitazioni che ci trascinano da tutte le parti ed alla fine ci innervosiamo. È la malattia moderna delle 3 E: **EEE, Encombrement, Eparpillement, Enervement**, cioè: Mancanza di sbocchi, Dispersione, Nervosismo³.

Per la prima volta nella storia dell'umanità, la religione non interessa più, mentre, da sempre l'uomo vi ha trovato un senso alla propria vita. Di contro, si diffonde una nuova religiosità che pretende di sedare l'inquietudine delle nostre

monadi imperniate su se stesse, con delle tecniche di rilassamento definite pretenziosamente «meditazioni».

Non abbiamo più alcuna fiducia nei nostri esponenti politici, tutti presunti tecnocrati, fascisti o corrotti. Dovrebbero essere là per dirigere ed indicare la via da seguire. Per lo più i loro messaggi sono confusi: l'euro e la mondializzazione sono presentate simultaneamente come delle possibilità insperate e come delle costrizioni spietate a cui non possiamo sfuggire. A chi credere, in cosa credere? Termino qui la mia piccola lista. Come non deprimersi in mezzo a tutto ciò?

Ed in tutto ciò, esplode il rancore, il risentimento, l'odio e la depressione.

La forma moderna di questa depressione che è divampata, non ha né una causa biologica né psicologica. È una depressione che scaturisce da più in alto. È una depressione per privazione del senso esistenziale, è ciò che Victor Frankl chiama «nevrosi noogena o depressione esistenziale»⁴. È racchiusa nella sfera della mente ed evidenzia che una società che sostituisce in modo sistematico l'essere con l'avere, produce dei depressi in serie. Li rende folli. La privazione del senso turba lo psichismo e la biologia cerebrale umana.

In questo caso, la buona notizia è duplice. Da una parte, abbiamo la prova sperimentale che l'essere umano, per funzionare correttamente, ha bisogno di valori e di poter dare un senso alla propria esistenza. Non possiamo più negarlo. È davanti ai nostri occhi.

Poiché abbiamo fatto all'incirca tutto ciò che non bisognava fare, per esclusione, ora sappiamo ciò che bisogna fare per uscire dalla pandemia depressiva, o almeno, conosciamo la via da seguire: ricollocare l'uomo, la sua libertà, i suoi valori, la sua ricerca di significato ma anche il suo senso di responsabilità, al centro ed all'apice di tutta l'organizzazione sociale, economica e politica.

Tutto ciò può sembrare pretenzioso e utopistico. Penso che non sia né l'uno né l'altro e per una ragione molto semplice. Il fatto è che il percorso intrapreso si è rivelato

un vicolo cieco, dobbiamo dunque intraprenderne un altro e non possiamo permetterci il lusso di non farlo, salvo che preferire il suicidio collettivo (il quale è ampiamente innescato dalla generalizzazione del fallimento). È una valutazione della sopravvivenza.

La seconda buona notizia è che, poiché la forma di depressione di cui subiamo le conseguenze, è innestata nella sfera della mente, un'azione in tale sfera può alleviarla, rimettendo in sesto con un sol colpo sia la persona che la società. Un'azione concreta, individuale, è possibile.

In questo caso la morale recupererebbe tutta la sua importanza, come mai nella storia. La morale è stata disprezzata per decenni ed ora lo è più che mai. Come per caso, durante questo tempo, la depressione si è diffusa e continua ad espandersi. Disprezzata dai miscredenti che la sostituiscono con un'«etica» a geometria variabile, la morale è stata anche cancellata dalle chiese occidentali in nome dell'amore: non bisognava fare del «moralismo» – ci dicevano. Pertanto, la morale è la scienza della felicità umana, il modo d'impiego dell'essere umano, e – perdonatemi l'espressione – la «frizione» dell'amore. Con essa, si impara ad amare. Con essa, il «motore umano» progredisce. Senza di essa fa solo rumore.

La necessità di questo grande ritorno della morale, decantata in modo esplicito, annunciata come tale, senza falso pudore, come emergenza per la salute pubblica, non dovrebbe sorprenderci. S. Benedetto, nella sua Regola, scritta in un altro periodo turbolento della storia, sente il bisogno di precisare ai suoi monaci che non devono né uccidere né rubare, né dire falsa testimonianza: ecco dunque degli uomini che si sono isolati in clausura per amore del Signore a cui bisogna ripetere, tanto per cominciare, i più elementari dei Dieci Comandamenti! È questo realismo che ha evangelizzato l'Europa, creando un vero legame sociale, partendo dal concreto cambiamento di comportamento di ogni uomo.⁵

In conclusione, desidererei terminare con l'essenziale, il Vangelo ed il *mandatum novum*. Fonda-

mentalmente gli esseri umani non si amano, e l'alveo della depressione reca a noi gli stessi dolori di una guerra. Nostro Signore ci dice: «Ama il prossimo tuo come te stesso». Molti pazienti mi dicono che non possono amare gli altri perché non amano se stessi. Non hanno compreso che Gesù ci chiede di amare gli altri *ed* amando gli altri, cominceremo ad amare noi stessi, ciò è di gran lunga il compito più difficile di ogni uomo sin dal peccato originale. È proprio perché non ci amiamo che ci dà l'ordine formale di metterci al lavoro. È donandoci agli altri, come Lui ha fatto, che incominceremo, poco a poco, ad amarci. Ci libereremo così di un gran peso, il peggiore di tutti: noi stessi. È uno sforzo vero e proprio quello che ci chiede, quello più importante di tutta la nostra vita, con l'aiuto della sua grazia, con i punti di riferimento della legge naturale e della santa Chiesa. Ed è così che solleva gli affranti: «*et erigit omnes depressos*»⁶.

Dott. DOMINIQUE MEGGLE

Medico psichiatra

Presidente della Confederazione

Francofona delle Terapie Brevi,

Francia

Note

¹ Le monadi sono delle entità perfettamente autosufficienti, impermeabili alle influenze esterne e senza alcun rapporto con le altre monadi. Le monadi si muovono e s'incontrano senza modificarsi l'una con l'altra. «Esse sono impenetrabili ad ogni azione esteriore, differenti l'una dall'altra, sottoposte ad un mutamento continuo proveniente dal loro substrato e tutte dotate di Appetizione e Percezione». (LALANDE A.: *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, Paris, 1976)

² MEGGLE D.: *Les Thérapies brèves*, Presses de la Renaissance, Paris, 2002.

³ P. AMEDEC, D. MEGGLE: *Le Moine et le psychiatre*, Bayard/Centurion, Paris, 1995.

⁴ FRANKL V.E.: *The Doctor and the Soul*, Vintage Books, New York, 1986.

⁵ *La Vie et la règle de Saint Benoît*, Desclée de Brouwer, Paris, 1965 (Règle, ch. IV, *Quels sont les instruments des bonnes œuvres*).

⁶ Sal CXLIV.

DANIEL CABEZAS

2.2 L'accoglienza delle persone con depressione nel contesto medico e ospedaliero

Come premessa, prima di parlare di accoglienza, devo fare riferimento alla persona malata, di colei alla quale "l'avvento di ogni disturbo, che sia benigno come un'influenza oppure costituisca una diretta minaccia per la vita, come un addome acuto o una malattia cancerosa, provoca naturalmente reazioni non solo biologiche ma anche psicologiche"¹. La malattia interrompe e disorganizza l'abituale ritmo di vita, mette in crisi i rapporti col proprio corpo e con il mondo in cui l'individuo vive, diventa una specie di "disorientamento della propria identità" dove però "la malattia è più di un fatto clinico, medicalmente circoscrivibile. È sempre la condizione di un uomo, il malato"². Non sono riuscito a trovare nella mia Università o nei corsi di specializzazione un disegno di curriculum che includa questi contenuti; li ho imparati negli ospedali dove ho lavorato: Case di cura delle "Suore Ospedaliere del Sacro cuore di Gesù", dei "Fatebenefratelli – Ospedali di S. Giovanni di Dio", e l'Istituto "Camillianum" per la pastorale Sanitaria di Roma.

Sin da tempi remoti, come menzionato dagli illustri Relatori che mi hanno preceduto, la malattia è stata interpretata secondo la cultura e l'evoluzione della scienza di quel momento storico. È comprensibile come quindi sia stata vista come un evento riferito al rapporto con gli dèi, come prodotto degli umori, come solo cosa fisica, come cosa psichica, come prodotto sociale, fino ai nostri tempi dove ancora conosciamo poco sul processo del diventare malato. La malattia quasi sempre significa la comparsa di sintomi e il problema di raggrupparli e classificarli; negli ultimi anni il fatto di diventare "paziente" apparentemente viene

interpretato come l'ultima risorsa di una persona non capace di aiutare se stessa e, quindi, di avere un sostegno sociale³.

Parlare di accoglienza delle persone nel contesto sanitario è capire che l'ospedale, la malattia e l'intervento medico rappresentano delle minacce importanti per l'equilibrio psichico del paziente, avendo sempre come risposta un vissuto conscio o inconscio, di paura. Per chi si sente minacciato le sicurezze vacillano, percepisce un pericolo per la sua integrità fisica e, secondo il vissuto della gravità del quadro clinico, forse per la sua vita; viene quindi evocato il fantasma della morte⁴. Il vissuto di ansia, talvolta di panico e spesso di irrequietezza, il tutto non riferibile a qualcosa di preciso o ad un aspetto particolare della malattia⁵, può essere causato dall'eccessiva preoccupazione derivata da un'informazione sbagliata, non esauriente, o mancata, sulla malattia, la terapia, la prognosi.

Tutto ciò torna ad essere ancora più complesso quando si parla di depressione; quando, oggi come oggi, si accetta la genesi multifattoriale dei disturbi depressivi, nei quali i fattori della personalità e gli avvenimenti psicosociali s'incrementano con gli aspetti fisiopatologici e la predisposizione genetica in proporzioni diverse⁶.

È ovvio che questa concezione raggiunge una speciale attrattiva nell'ambito della medicina dell'Ospedale Generale, come dimostra una estesa bibliografia che fa vedere che c'è molto di "mentale" dentro il "fisico", che pretende superare un anacronismo riduttore della dualità Spirito/corpo.

La depressione nel contesto medico diventa epidemiologicamente indicativa nella pratica professionale del medico di famiglia in pre-

venzione primaria, è descritta con il conosciuto "fenomeno dell'iceberg" di Watts. Dentro il varopinto mondo della depressione l'85% delle persone con depressione è "muto", perché ha una remissione spontanea e passa inosservato; del 15% che resta, il 13% soffre di depressione minore che non richiede l'aiuto dei servizi sanitari, e solo l'1,8 % richiede assistenza medica; l'1,5% dal medico di famiglia, lo 0,2% dello psichiatra e lo 0,1% ha bisogno d'essere inserito nel servizio psichiatrico⁷.

Questa realtà si abbina ad un'altra che afferma che vi è un considerevole tempo di latenza tra l'inizio della malattia e il riconoscimento della stessa, con tempi che vanno in media tra 7 mesi e 1 anno nei casi degli equivalenti depressivi, e 34 mesi nelle depressioni mascherate, mostrando la rilevanza dei disturbi depressivi che sorpassa il campo specifico della psichiatria e acquisisce importanza crescente nella pratica medica generale, merito dell'alta prevalenza e della possibilità d'effettuare diagnosi e terapia adeguate a livello d'assistenza primaria⁸.

In ospedale invece la depressione presenta aspetti di grande interesse non solo per la psichiatria. Escludendo gli aspetti dei disturbi depressivi nei servizi psichiatrici e prestando attenzione ai pazienti ricoverati in altri servizi per motivi diversi (con diagnosi di presunta depressione o altro disturbo mentale) e visti in consulenza, possiamo affermare che uno degli aspetti d'interesse nella ricerca della morbidità depressiva nella popolazione ricoverata per motivi non psichiatrici sia il tempo (ritardo) trascorso tra il ricovero e la richiesta di consulenza.

La differenza tra servizi ospedalieri di diverse specialità che ri-

chiedono una consulenza psichiatrica mostra delle differenze (faccio riferimento ad uno studio svolto all'Ospedale Clinico di Valladolid Spagna)⁹. La proporzione di consulenze fu di 4/1 a favore della medicina sulla chirurgia; nel sospetto di depressione la maggioranza di casi era diagnosticata come reazione depressiva breve. Questo dato fa pensare come possibile fattore scatenante l'ospedalizzazione, il ricovero o altre circostanze correlate alla stessa (possibili situazioni ostili e traumatizzanti) che provocano un turbamento nell'equilibrio psicologico di tanti pazienti favorendo lo scatenarsi di situazioni d'isolamento, depersonalizzazione, disinformazione, dipendenza, perdita d'intimità e libertà.



Una delle conseguenze gravi che può avere il ritardo nella richiesta di consulenza psichiatrica, è il suicidio del paziente ricoverato, e una delle questioni correlate con il diagnostico depressivo dei ricoverati è proprio il ricovero come concausa per la depressione¹⁰.

Quanto detto finora sono solo considerazioni fatte per attirare la vostra attenzione su una maggiore comprensione del paziente e della sua malattia, e permette di intravedere il percorso della malattia orientando meglio le misure terapeutiche da usare. A questo punto diventa ovvio pensare quanto frequente può essere la complessità e la difficoltà terapeutica della comorbilità, tra fattori organici come:

malattie sistemiche, del Sistema Nervoso Centrale, effetti secondari dei medicinali, patologie cardiovascolari, l'evoluzione del paziente chirurgico, traumatologico, geriatrico, ecc., e la depressione. È altrettanto vero che i fattori vissuti come reazione alla propria malattia, reazione all'ospedalizzazione, reazione alla perdita, sono fattori rilevanti che confluiscono per scatenare l'episodio depressivo. Provocando ambedue fattori (organici ed esistenziali) la domanda che si pone è se l'ospedale calma il timore o incrementa la tristezza¹¹. Ci permettono anche di affermare che il personale sanitario che mostra attenzione e disponibilità caratterizza l'atteggiamento di accoglienza, come uno stato d'animo verso la persona malata, prima che un insieme d'abilità tecniche¹².

È vero che i fenomeni d'ansia sono più evidenti in coloro che manifestano questo disturbo prima della malattia motivo del ricovero, è altrettanto vero che risulta una reazione normale di fronte ai primi sintomi della malattia collegata ai tanti pensieri pieni d'incertezza. *Se il paziente può parlare e trovare una persona o un ambiente che sappia ricevere e contenere queste ansie in modo congruo, che sappia ascoltare, che lo inviti a parlare delle proprie paure e lo informi in modo adeguato, sarà un modo per aiutare a ristabilire lo squilibrio perduto a causa della malattia.* Vi è squilibrio dove l'ospedale, la malattia, l'intervento medico, rappresentano delle minacce importanti, generando come risposta un vissuto conscio o inconscio di paura.

Un operatore sanitario attento a gestire questi aspetti della malattia del paziente può avere la certezza di avere avuto un migliore atteggiamento d'accoglienza, e avere aiutato a ristabilire l'equilibrio psico-fisico della persona.

La malattia spesso è vissuta come "perdita" con un timore giustificato o immaginario di perdere qualcosa d'importante: di una funzione fisica, sociale, salute, relazioni abituali, ambito di vita, la propria immagine; a volte compare l'idea di essere finito, l'idea che anche la vita sfugge di mano fa sì che il paziente si abbatta e si deprima. A volte la risposta alla malat-

tia appare esagerata, prendendo un significato diverso non concorde con la realtà. Diversamente, le malattie croniche, invalidanti o definitivamente mortali provocano la reazione motivo della depressione che è chiaramente individuata, a volte invece i sintomi di depressione sono più subdoli, solo un'osservazione più attenta ci permette di trovare una certa forma di disinteresse¹³, d'indifferenza verso la famiglia, la casa, il lavoro, ecc.; altre volte una forte tendenza al pianto, ad isolarsi, ad affermare che è stanco e che vorrebbe dormire un po', diventa motivo più che valido per chiudersi, solo per nascondersi e isolarsi, restando così con le idee che impauriscono e che sono difficili da confessare o condividere. Compagnoni sensi di colpa per fatti accaduti nel passato, non è in grado di fare nulla, il vissuto d'inadeguatezza e incapacità è trasversale per tutta la giornata, il tempo diventa infinito, la giornata del malato depresso che non finisce mai, questo effetto durante il ricovero è potenziato, con 24 ore interminabili, orari, ritmi ed attività chiaramente diverse della vita quotidiana, l'ospedale, i medici, le terapie, tutto diventa diverso e difficile, perciò assumono un atteggiamento passivo, si arrendono, abbandonando la lotta, il malato non trova motivi o possibilità di vivere, insorge la disperazione, l'impotenza, la stanchezza, la frustrazione.

L'ostacolo che significa la malattia e il ricovero, la non soddisfazione dei propri bisogni (biologici, affettivi, relazionali, lavorativi, ecc.) provoca nel paziente dei sensi d'impedimenti non indifferenti, che motivano come risposta reazioni di *frustrazione*, generando come conseguenza sentimenti di *collera* e *aggressività*, che dovrebbe essere usata per la rimozione dell'ostacolo¹⁴.

Non sempre l'aggressività è diretta contro i motivi delle frustrazioni, tante volte è orientata verso le persone più deboli e vicine (un familiare, l'infermiere, nel caso dei bambini la madre, un fratellino, ecc.).

Molto comunemente il paziente che non riesce a sopportare la malattia attacca gli operatori sanitari o i familiari, che diventano i capri espiatori.

Questo modo d'agire possiamo tradurlo nel modo non razionale di difendersi dall'ansia e dalla depressione. Ci sono momenti in cui l'incapacità di tollerare l'ansia e la malattia provoca nelle persone altri comportamenti che significano nuovi modi di relazione fra la persona e il suo mondo e con se stesso¹⁵. Ci sono individui che, come in altre situazioni frustranti, cambiano carattere, si fanno vedere non disponibili, diffidenti, intrattabili, mai soddisfatti dell'assistenza o le cure, incolpano le persone care, le più deboli, rifiutano le cure, del tutto aggressivi e antipatici. Altre volte l'aggressività è più subdola, il paziente diventa la "vittima" di tutto, "soffre" e "subisce" tanto, l'aggressività è proiettata sugli altri, fa vedere che sono gli altri gli aggressivi, dà la responsabilità della malattia ad altri, spesso ad un parente che lo ha "trascurato" o al medico che è "incompetente".

Tante volte questo senso di sofferenza e questa sensazione di "subire" possono essere vissuti come se fossero forze esterne (il destino, operatori sanitari incapaci, familiari distratti, ecc.), proiettando all'esterno le cause della propria "disgrazia", cercando in questo modo di liberarsi del peso troppo forte dell'angoscia. Ne è esempio il continuo cambio di medico, specialista o no, di struttura sanitaria (meglio se più qualificata e costosa) da parte del malato che controlla la terapia, che non la assume, che non tollera il minimo effetto collaterale tipico di alcuni dei medicinali.

L'aggressività del malato genera delle risposte uguali (simmetriche) e contrarie da parte del personale sanitario che, nel caso di maggiore richiesta professionale, risponde con un atteggiamento di distacco, generatore di un circolo vizioso che aggrava il disagio e i problemi¹⁶.

Altre volte ci troviamo, noi operatori sanitari, davanti a meccanismi psicologici di carattere inconscio per i quali il paziente adotta il comportamento caratteristico dell'età precedente (*regressione*: ritorno a forme di pensiero e modo relazionale precedente nello sviluppo del soggetto, come se cercasse uno stato di maggiore prote-

zione, con meno doveri e responsabilità, con un atteggiamento infantile ed egoista, soprattutto per quel che riguarda la pulizia personale e i bisogni corporei, considera il personale sanitario come esseri onnipotenti, come i bambini vedono i loro genitori), per fuggire da una frustrazione della realtà attuale¹⁷ diventando il medico il "padre onnipotente" o l'infermiere nel ruolo di "madre buona"; la regressione è un meccanismo inevitabile, universale, che ogni operatore sanitario deve conoscere e comprendere nelle sue diverse implicazioni per saperle gestire¹⁸.

Un meccanismo di difesa così potente è accompagnato da atteggiamenti di diverso tipo: una riduzione dell'interesse (il paziente diventa più povero intellettualmente, si chiude in sé, resta isolato socialmente) si rifugia nel passato pieno di fantasie, si mostra egoista, gli importa solo quel che sia riferito a lui, si lamenta di qualsiasi frustrazione (mancanza di visite, insofferenza agli orari, abbandono del lavoro, ecc.) con la pretesa di credere che è il centro dell'universo sociale.

Cerca la dipendenza dagli altri per nutrirsi, per bere, per le cure corporali, accompagnata da un'ipersensibilità alle loro reazioni, si lamenta di essere incapace di farcela da sola, ritorna a soddisfazioni arcaiche, si rifugia nel sonno, sviluppa particolari esigenze riguardo all'alimentazione, è pieno di pensieri magici, non logici, pretende l'onnipotenza della medicina e del personale sanitario.

Altre volte troviamo stati psicologici dei pazienti che, davanti alla malattia grave, hanno l'atteggiamento di *negare la realtà*, bloccano la tensione emotiva, escludendo la consapevolezza di ciò che riguarda la propria sofferenza¹⁹; è un modo di difendersi dall'angoscia di morte, a volte un atteggiamento come quello descritto diventa utile di fronte all'impatto psico-fisico della sofferenza e la malattia, perché possa tollerare l'ansia e il pericolo che comporta lo stress.

Capire il comportamento aggressivo, regressivo, difensivo, frutto della frustrazione, e andare incontro alla persona con l'atteggiamento di accoglienza per accompagnarlo a ristabilire l'equilibrio mancato, non significa "tace-

re la verità", disorientare, ecc., ma al contrario dovrebbe essere l'atto responsabile che aiuta il paziente a prendere consapevolezza e trovare l'equilibrio, l'omeostasi mancata, con i suoi tempi, la sua forza, la sua personalità, i suoi meccanismi di difesa, la sua cultura.

È così importante andare incontro al malato e cercare di capire queste cose non dette, non ben individualizzate; che nel pensiero dell'operatore sanitario sono purtroppo inerenti la competenza della psichiatria, che usa un linguaggio difficile, non ben strutturato, a volte contraddittorio, per ciò è meglio chiedere una consulenza specialistica.



D'altro canto si può individuare, al momento di vedere il paziente, l'altra parte del suo essere, quella che pensa e prova paura e solitudine, tanta confusione, che si difende con i modi che ha imparato nel corso della sua vita, a volte aggressivo, altre regressivo, tante difensivo con la negazione non tollerante alla frustrazione, sempre bisognoso di trovare persone che lo aiutino a capire quel fenomeno che è connaturale con la vita, diventare malato, trovarsi davanti alla sofferenza, e tante volte sapere far fronte al momento più forte della vita, la morte.

Tanto denaro, dolore, sofferenza solo per pensare che la malattia è un fenomeno fisiopatologico, che tutto si riduce a cercare la causa biologica. Quanto si potrebbe risparmiare in dolore, sofferenza e risorse d'ogni tipo, se si pensasse all'uomo nella sua completezza, e gestire questo momento, così forte, in comunione con la consa-

pevolezza che dà la cultura e la storia. Una storia ricca di esperienza che ci mostra il cammino della civiltà per capire e lottare contro la morte, con tante persone che, come S. Vincenzo de Paoli, S. Camillo de Lellis, S. Giovanni di Dio, “hanno occhi per vedere la necessità e le sofferenze ... orecchi per sentire il clamore dei poveri ... e mani pronte per aiutare”²⁰, e una cultura dove “l'uomo, tra tutte le creature, è rivestito di una dignità unica”²¹.

Merita un momento particolare il parlare degli adolescenti in condizioni di malessere che oggi sollecitano le cure con più frequenza di prima; la mediazione corporale dei problemi psicologici trasferisce questi ultimi nel registro somatico. Gli adolescenti sopportano molto male le strutture di accoglienza quando si trovano isolati tra persone anziane o bambini molto piccoli. Faccio riferimento a un'indagine fatta da Marie Choquet e Silvie Ledoux nel 1994²² che indica che gli adolescenti si fanno visitare soprattutto per motivi inizialmente di ordine fisico: incidenti, cure odontoiatriche, problemi di vista e di pelle, contraccettione, affaticamento. Gli atteggiamenti dei familiari sono determinanti nel modo di agire del singolo. La frequenza della richiesta di visite mostra che essi chiedono almeno una visita all'anno al medico generico (75%), dentista (65%), oftalmologo (22%), dermatologo (21%), ginecologo (9,5%), pediatra (6,5%), psichiatra o psicologo (4%). Nello stesso tempo, un adolescente su otto è ricoverato almeno una volta in ospedale e il 2% di loro più volte. La frequenza dei ricoveri al pronto soccorso è dovuta nella metà dei casi a un incidente, mentre le altre ragioni di ricovero sono legate a diverse patologie medico-chirurgiche (40%) ai tentativi di suicidio riconosciuti come tali (8%) e alle aggressioni (3%)²³.

Non dimenticando che la clinica adolescenziale si distingue per molti aspetti – anche se esistono punti di convergenza – da quella infantile o adulta²⁴. Se gli adolescenti in difficoltà vanno laddove li si attende, dove per la sua peculiarità (importanza del corpo, paura di essere diversi, necessità di scambi con i coetanei) la sofferenza si

esprime difficilmente con parole, se non quando viene gridata, l'agire prende il suo posto, e ciò contribuisce a sconcertare o irritare la famiglia, la scuola, i centri sociali, pronto soccorso, corsia ospedaliera, facendo adottare contro-atteggiamenti provocatori; talvolta dietro a un determinato comportamento si nasconde un dolore che può essere espresso solo nell'agire²⁵. Davanti a un fenomeno così forte, come accogliere gli adolescenti? Sicuramente non soltanto come un caso clinico al quale applicare il frutto delle proprie conoscenze, ma sempre come una persona sofferente verso cui “adottare un sincero atteggiamento di “simpatia”, che esige amore: disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, benevolenza, pazienza, dialogo. Non basta la “perizia scientifica e professionale”, occorre “la personale partecipazione alle situazioni concrete del singolo paziente”²⁶. La famiglia può raramente smorzare da sola i momenti critici, fortemente emotivi. Chi interviene deve cogliere la realtà per come viene espressa, cercare di offrire ambiti di protezione tollerabili, placare la sofferenza del paziente e quella dei suoi cari aiutandoli a verbalizzarla e a trovare il significato, contenere gli sbandamenti pulsionali piuttosto che reprimerli²⁷.

La malattia significa minaccia, frustrazione e perdita tanto per il malato come per la sua famiglia, e pone in pericolo non solo la stabilità economica e sociale ma anche quella relazionale ed emotiva. Reazione dei familiari e reazione del malato si influenzano reciprocamente e mette in discussione l'equilibrio raggiunto²⁸, generando una modalità di espressione diversa a seconda delle persone coinvolte, obbligando a capire che aiutare il malato significa anche lavorare e aiutare la famiglia, con le sue reazioni e modalità di rapporto tra di loro, con gli stessi meccanismi di ansia cercando di proteggere il suo familiare mettono in atto diversi meccanismi di controllo, non permettendo al malato un minimo di autonomia per agire nella sua realtà; altre volte sono reazioni di regressione, sviluppando un modo di agire in cui si chiudono in se stessi, isolati dalla realtà e dal

contesto. La malattia può essere vissuta in modo così pesante che la risposta del gruppo familiare e del malato è *negare la realtà*, il pericolo: tutto diventa superficiale, si trovano davanti un problema di non facile comprensione, e sono incapaci di liberarsi. *Rifiuto, aggressività, paralisi, e depressione*.

Dott. DANIEL CABEZAS
Psichiatra,
Ospedale Fatebenefratelli,
Isola Tiberina, Roma.

Bibliografia

- ¹ K. SCHNEIDER, *Capire e aiutare il malato*, Ed Camilliane, 1989.
- ² Pontificio Consiglio della Pastorale Sanitaria, Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1994.
- ³ M. JONES, *La psichiatria sociale nella pratica*, Ed. Americalee, 1970.
- ⁴ SANDRIN L. et al., *Capire e aiutare il malato*, Camilliane, 1989.
- ⁵ *Ibid.*
- ⁶ RUBIO SANCHEZ J.L., *Epidemiologia Ospedaliera dei quadri Depressivi. La depressione nei diversi livelli assistenziali*, PTD Spagna, 1997.
- ⁷ RODRIGUEZ A. et al., *La depressione nei diversi livelli assistenziali*, PTD Spagna, 1997.
- ⁸ VAZ LEAL F.J., et al., Disturbi affettivi: depressione. *Medicine*; 6, 2969-2969. Citato da SERRANO P. *La depressione nei diversi livelli assistenziali*, PTD Spagna, 1997.
- ⁹ RUBIO SANCHEZ J.L., *op cit.*
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² BRUSCO A., *La Relazione Pastorale d'Aiuto*, Ed. Camilliane 1993.
- ¹³ SANDRIN L., *op. cit.*
- ¹⁴ *Ibid.*
- ¹⁵ P.B. SCHNEIDER, *psicologia medica*, Feltrinelli, Milano, 1978.
- ¹⁶ SANDRIN L., *op. cit.*
- ¹⁷ SANDRIN L., *op. cit.*
- ¹⁸ PH. JEANNET et al., *Psicologia medica*, Masson, 1957.
- ¹⁹ SANDRIN L., *op. cit.*
- ²⁰ VENDRAME C. in *Camillo di Lellis, un messaggio di misericordia*, G. Sommaruga.
- ²¹ GIOVANNI PAOLO II, discorso alla XI Conferenza Internazionale, *Dolentium Hominum* No. 34, 1997.
- ²² Citato da POMMEREAU X., *La tentazione estrema*, Ed. pratiche, Milano 1999.
- ²³ *Ibid.*
- ²⁴ *Ibid.*
- ²⁵ *Ibid.*
- ²⁶ Cf. GIOVANNI PAOLO II, al congresso dei medici Cattolici Italiani, citato da Carta degli Operatori Sanitari, Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1994.
- ²⁷ X. POMMEREAU, *op. cit.*
- ²⁸ SANDRIN L., *op. cit.*

JORGE ENRIQUE JIMÉNEZ CARVAJAL

2.3. Il ruolo della famiglia di fronte alla depressione

Non c'è dubbio che è nella famiglia che si annidano tutti i mali della società, così come non c'è dubbio che essa sia il luogo privilegiato da colui che deve ricominciare la salvezza della stessa società.

La famiglia come spazio naturale per crescere in modo sano

Dio non ha voluto che l'uomo vivesse solo. Per questo li ha creati "maschio e femmina" e, a partire da loro, ha creato la famiglia. È nella famiglia che tutti, uomini e donne, possono realizzarsi come persone. E questo è un cammino obbligato.

La famiglia è lo spazio naturale perché l'uomo e la donna possano crescere sani. Lì le persone maturano, lì si rafforza la loro identità, lì trovano il gruppo di riferimento e di appartenenza che dà loro la possibilità di crescere in maniera sana.

La famiglia è il luogo in cui gli uomini e le donne assumono i valori basilari che permettono loro di affrontare l'esistenza nelle loro relazioni fondamentali con Dio, con gli altri e con se stessi. Tale crescita equilibrata li mette in grado di maturare e di aprirsi alla vita nella società.

La famiglia, istituzione soggetta ad attacchi particolari nella società attuale

È molto probabile che non ci sia altra istituzione che soffra un numero maggiore di attacchi nella società attuale della famiglia.

Ciò che si osserva nella società di oggi agisce, in diversi modi, contro il senso cristiano e umano della famiglia, ed è la famiglia a riprodurre e a ridimensionare in modo permanente il male che riceve,

creando così quella terribile realtà che ci fa riconoscere che l'istituzione chiamata a "salvare" la società è, ugualmente, l'istituzione attaccata dalla società stessa.

La società di oggi, segnata dalla mancanza assoluta del senso del futuro, dell'interesse per l'altro e accompagnata da uno spirito di immediatezza, superficialità, egoismo, necrofilia e da quel regnante "cainismo vitale" che ci fa supporre che nessuno è responsabile di nessuno e di fronte a nessuno, è una società del "si salvi chi può" che sommerge in un mondo di disperazione e inquietudine le nuove generazioni le quali, ogni giorno di più, sono preda della disillusione e del disincanto e che facilmente soccombono di fronte a uno dei "mali" che colpiscono milioni di persone in tutti i continenti.

Giovanni Paolo II ci dipinge il panorama desolante della famiglia di oggi nell'esortazione pastorale *Ecclesia in America*: "Molte sono le insidie che minacciano la solidità dell'istituzione familiare nella maggior parte dei Paesi dell'America, e costituiscono altrettante sfide per i cristiani. Vanno menzionate, tra le altre, l'aumento dei divorzi, la diffusione dell'aborto, dell'infanticidio e della mentalità contraccettiva"¹.

Ai problemi segnalati dal Papa occorre aggiungerne altri, almeno in America Latina, che colpiscono in maniera grave l'istituzione familiare. Essi sono: il bassissimo indice dei matrimoni, l'alta percentuale delle unioni di fatto, aleatorie e quasi senza stabilità, con tutte le conseguenze che ne derivano, come pure il crescente ed elevato indice di disgregazione familiare, sia per il divorzio, tanto facilmente accettato e legalizzato in quasi tutti i Paesi, sia per l'abbandono della casa (quasi sempre da parte del padre), sia ancora per le sregolatezze

sessuali nate da una falsa nozione di mascolinità. A tutto ciò va aggiunta l'accentuazione dell'edonismo e dell'eroticismo come risultato dell'asfissiante propaganda messa in atto dalla società dei consumi.

Occorre segnalare che molte di queste situazioni nascono sistematicamente per opera delle politiche di varie istituzioni delle Nazioni Unite, che influiscono sulla legislazioni di tutti i Paesi del mondo, molte volte condizionando gli aiuti economici degli organismi mondiali dell'economia.

È importante segnalare che la mentalità postmoderna, graficamente descritta da S.E. il Cardinale Javier Lozano Barragán all'inizio di questa Conferenza, incide in maniera notevole sulla fragilità dell'istituzione familiare e nell'accrescere molti dei problemi segnalati. Si noti come oggi sia comune che la gioventù sia restia a compiere delle scelte per tutta la vita, come quella del matrimonio cristiano.

La famiglia è spesso origine della sindrome depressiva

Per tutto ciò che è stato segnalato nel capitolo precedente, è importante riconoscere che anche la famiglia è, in buona parte, all'origine della depressione e di molte malattie mentali. I grandi mali che attraversano le famiglie – il divorzio, la separazione, le situazioni irregolari, il fenomeno delle ragazze madri, ecc. – sono spesso fonte di depressione in molte delle sue modalità. Di solito sono i bambini e gli adolescenti a portarne il carico peggiore.

Quasi sistematicamente, quando si diagnostica la depressione è necessario andare in profondità nella realtà familiare, dove risiedono molte delle cause. Le fragilità esi-

stenti nella famiglia rendono possibili molte delle malattie mentali di cui stiamo parlando in questi giorni.

La famiglia, spazio privilegiato per prevenire e superare la sindrome della depressione

La famiglia però è anche uno spazio privilegiato per prevenire e superare la sindrome della depressione. Infatti, la terapia migliore per la depressione è una famiglia ben costituita, in cui tutti i suoi membri crescono come persone. In essa le persone trovano un luogo per proteggersi dalla cosiddetta "società depressiva", senza fughe dannose di fronte alla realtà.

La famiglia è chiamata a svolgere un ruolo molto importante nel rafforzare i suoi membri e proiettarsi al di là della casa, come origine di persone autentiche e libere, occupate a servire con gioia più che a permettere l'ingresso a questo flagello che si abbatte sugli individui, per conto della disperazione.

Nella famiglia dobbiamo individuare chi presenta segni di depressione e perché. Ciò può essere l'occasione per rinnovarsi a livello personale e familiare, favorendo il dialogo costruttivo. Quando però questi segni permangono e pregiudicano la vita quotidiana, ciò è motivo per moltiplicare le strade per la soluzione, con l'aiuto di professionisti nei campi della psicologia o della psichiatria. Senza trattamento, la depressione può durare anni.

L'accompagnamento e la solidarietà familiare saranno sempre opportuni per aiutare chi si trova *alle porte* della depressione o ne è già preda. È meglio essere ben accompagnati in un processo pur lento, ma che ogni giorno ottiene risultati positivi se comprende un piano di attività realizzabili e concrete, che includa attività fisiche, intellettuali, ricreative, religiose e sociali.

Nella malinconia², che fu anticamente il genere dei disturbi emotivi, o nella depressione, che è un disturbo dell'anima, c'è la mancanza di senso della vita stessa. È un privilegio molto grande l'essere nato e vivere in famiglia e se si tratta, poi, di una famiglia in cui si coltivano i valori etici e morali, questo privilegio è ancora più grande in una società in crisi. È chiaro che la

fede si acquisisce nella routine quotidiana della vita familiare e non si ottiene con un semplice apprendistato di conoscenza in seno alla famiglia, che è "intima comunità di vita e di amore"³.

Nella solitudine negativa e nella malinconia o depressione, la tristezza non è sana, né si può ottenere un rapido ristabilimento, se non si dispone del sostegno della propria personalità e dei valori affinati in seno alla famiglia. Di fronte a difficoltà che sembrano immense, non dobbiamo piegarci o sprofondare nella pena, ma risollevarci con coraggio. Si tratta di un combattimento spirituale contro l'apatia e la tristezza profonda del vuoto o della superficialità, si tratta di un combattimento spirituale per superare le difficoltà e vincere la disperazione.

In questo momento della storia, in cui la famiglia si vede colpita come istituzione fondamentale della società, "urge un'opera vasta, profonda e sistematica, sostenuta non solo dalla cultura ma anche dai mezzi economici e dagli strumenti legislativi, destinata ad assicurare alla famiglia il suo compito di essere il *luogo primario della «umanizzazione»* della persona e della società"⁴.

Il ruolo della famiglia, così descritto, promuove quella crescita in "umanità" che ci invita all'azione nonostante l'indifferenza e l'apatia; alla gioia, nonostante le tristezze e le malinconie; alla solidarietà nonostante l'egoismo; alla speranza cristiana, nonostante la depressione che abbonda nelle famiglie e che possiamo contribuire a sradicare perché, come ha ripetuto Giovanni Paolo II, è nella famiglia che ognuno "diventa consapevole della sua dignità e si prepara ad affrontare il suo unico ed irripetibile destino"⁵.

La Pastorale della famiglia, priorità pastorale della Chiesa

Una Pastorale familiare integrale che fortifichi il nucleo familiare sarà la migliore terapia preventiva per molte forme di depressione che affliggono l'uomo e la donna contemporanei. Essa potrà anche, in molti casi, salvare quanti già soffrono di questa grave sindrome.

Nella *Novo Millennio Ineunte*

Giovanni Paolo II lancia un appello urgente affinché, a partire dalla pastorale della famiglia, si attenda alla crisi che questa sta vivendo: "Un'attenzione speciale, poi, deve essere assicurata alla *pastorale della famiglia*, tanto più necessaria in un momento storico come il presente, che sta registrando una crisi diffusa e radicale di questa fondamentale istituzione"⁶.

È importante segnalare che in questa azione pastorale assume particolare importanza la pastorale d'insieme. Assieme alla pastorale della salute, varie sono le "pastorali" che hanno incidenza sulla famiglia: la pastorale familiare, la pastorale dei giovani, la pastorale dei bambini e degli adolescenti, la pastorale educativa, l'educazione sessuale come parte dell'educazione progressiva nell'amore, che permette di scoprire la bellezza dell'amore e il valore umano del sesso⁷; la pastorale degli adulti, la pastorale familiare negli incontri di coppia, ecc. Tutto ciò assume unità nel "fare della Chiesa *la casa e la scuola della comunione*"⁸. La famiglia è cellula fondamentale, come casa e scuola dei valori cristiani condivisi nell'unità della Chiesa.

La Conferenza Generale dell'Episcopato Latinoamericano, riunita nel 1968 a Medellín (Colombia), proponeva che, per determinare un'azione pastorale che porti la famiglia a conservare o ad acquisire quei valori fondamentali che la mettono in grado di assolvere la sua missione, è fondamentale che essa sia "formatrice di persone, educatrice nella fede e promotrice di sviluppo".

S.E. Mons. JORGE ENRIQUE
JIMÉNEZ CARVAJAL
Vescovo di Zipaquirá, Colombia.
Membro del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute,
Santa Sede

Note

¹ *Ecclesia in America*, n. 46.

² "Tristezza vaga, profonda, calma e permanente, che fa sì che colui che la soffre non trovi gusto né svago in nessuna cosa", *Dizionario Manuals Illustrado della Lingua Spagnola...*.

³ Cf. *Gaudium et spes*, n. 48.

⁴ *Christifideles Laici*, n. 40.

⁵ Cf. *Centesimus Annus*, n. 39.

⁶ *Novo Millennio Ineunte*, n. 47.

⁷ Cf. *Documento de Puebla*, n. 606.

⁸ *Novo Millennio Ineunte*, n. 43.

CARLOS AMIGO VALLEJO

2.4 La cura spirituale e pastorale della persona depressa e della sua famiglia

Come possiamo aiutare spiritualmente chi è malato di depressione? Cosa dire alla sua famiglia? Quali sostegni pastorali offrire all'uno e agli altri? Saranno indispensabili alcune conoscenze minime per sapere se si tratta di una vera malattia, o se invece è soltanto un cattivo momento passeggero, un abbattimento d'animo. L'accompagnamento spirituale e pastorale di questo tipo di malati non può dirottare in una specie di terapia sostitutiva. L'azione pastorale non serve per "curare" bensì per aiutare a portare la croce. Il resto verrà in seguito e sarà nelle mani di Dio, di medici esperti e di psicologi professionisti.

Questi malati sono figli di Dio e nostri fratelli. Dobbiamo cercare di comprenderli, di accettare la loro situazione, per quanto essa ci faccia male, e aiutarli, se possibile, ad uscire dalla loro malattia. Quando parliamo di questi malati, non dimentichiamoci dell'ambiente che li circonda, soprattutto della famiglia, che ha un particolare bisogno di comprensione, di sostegno spirituale e di ogni tipo di aiuto.

Occorre dire poi che la depressione non può essere presentata, in nessun modo, come un castigo di Dio, come una specie di lebbra interiore che fa la vita a brandelli, come conseguenza di chissà quale strano peccato commesso. Il sentimento di colpa non è insolito in questo tipo di malati.

Non è facile però che il depresso esprima questo stato d'animo. Egli ha perso ogni volontà, in casi estremi anche quella di parlare. Nel fondo di uno stato depressivo sembra che ci sia una paura di vivere indefinita e opprimente, una paura della vita. Si dice che finché c'è vita c'è speranza. Qui mancano entrambe le cose: la qualità di vita personale è a terra; la speranza è scomparsa.

Accompagnamento spirituale e pastorale

Il nostro obbligo, come sacerdoti, catechisti, direttori spirituali e operatori di pastorale della salute, è quello di accompagnare e di prenderci cura di queste persone depresse in maniera spirituale, aiutandole a vivere la vita della grazia, della fede, dello Spirito che alberga in loro mettendo in atto le azioni pastorali più adeguate per "evangelizzarle". Dobbiamo cioè far sì che Cristo sia come il lievito nella loro vita, affinché cambi totalmente questa esperienza tanto deteriorata.

Di fronte alla malattia e alla sofferenza, l'uomo, più che volgere il proprio sguardo a Dio, si lamenta di Lui, gli attribuisce perfino il proprio male: perché mi hai trattato così? Perché mi hai castigato in questo modo? In realtà non si fanno rimproveri a Dio, ma lo si ignora. Dio è più che un'idea, è Qualcuno molto presente nella vita, anche se non ci si rende conto di questa vicinanza e intimità.

Il depresso va curato come un malato. La malattia e il dolore possono essere come una parete che separa da Dio, che viene accusato di essere la causa del male.

La malattia provoca un'enorme lacerazione personale, non solo affligge la persona, bensì la schiavizza. La stacca da se stessa e la trasforma in un oggetto in mano agli altri, dai quali dipende in quasi tutto. Il malato perde così la propria autonomia, l'essere se stesso. Quella della malattia è un'esperienza nuova e certamente penosa. E nulla può curare questa limitazione personale meglio della salute.

Però, dalla limitazione occorre passare alla libertà di poter vivere coscientemente ciò che ci è stato

dato nella fede ("Io so che il mio Dio vive!", ripete Giobbe). E questa esperienza della vicinanza di Dio, non è solo consolazione, bensì convincimento che oltre le nostre limitazioni umane c'è la forza della propria dignità come figli di Dio. Il figlio è ammalato, ma il padre e la madre sono al suo fianco e lo amano con tutta l'anima, anche se il malato non se ne rende conto.

Tutto ciò vale anche per la famiglia del depresso che, molto spesso, è quella che deve sopportare il peso più duro dell'incomprensione: non comprende la sofferenza del suo familiare ammalato, né si sente compresa dall'ambiente sociale.

Accogliere colui che arriva. È un fratello

Più che andare dal sacerdote e dal consigliere spirituale, il depresso vi ci viene portato. Egli non è in grado di prendere nessuna decisione. Ci troviamo di fronte ad una persona intristita, sprofondata nell'indifferenza, personalmente stanca – la vita diventa una salita e liberarsene sarebbe una grande liberazione – contagia pessimismo e tristezza, si considera inutile e irrecuperabile, non ha interesse per nulla, cammina in questo mondo in un'angosciosa speranza con enormi sensi di colpa.

Ma, per noi, questa persona non è un semplice paziente con determinati sintomi patologici: è un fratello e come tale bisogna accoglierlo e trattarlo.

Nella cura spirituale di questa persona deve essere sempre presente la compagnia e l'efficacia della grazia dell'adozione divina. In Cristo siamo stati riconciliati con il Padre (Rm 5,10). Dio ci riceve e ci ama come siamo: redenti da

Cristo e ossequiati dalla presenza e dalla grazia dello Spirito Santo.

Così, il primo gradino del trattamento pastorale non può essere altro che quello di avvicinare il depresso alla fonte della riconciliazione, cioè al sacramento della penitenza. È necessario proporglielo senza opprimerlo e cercare di convincerlo che il perdono porterà quella pace interiore di cui ha bisogno.

Le azioni pastorali più adeguate, in questo momento, sono quelle che fanno ricevere il sostegno della comunità, soprattutto nella celebrazione dell'eucaristia. Il Risorto si fa presente tra i suoi, parla loro e dà loro da mangiare il pane di vita, ascolta le loro preghiere e le loro suppliche.

La cura spirituale e pastorale deve seguire il cammino di un accompagnamento silenzioso. Il malato deve sapere che c'è qualcuno al suo fianco. Anzitutto, Dio ma anche la Chiesa, che prega per lui, ma soprattutto la sua famiglia. Questa comunità di vita e di amore deve essere ora più viva che mai. Tante volte, con colui che soffre, l'unica cosa che si possa fare è stargli accanto, come Maria, Giovanni e le donne ai piedi del crocifisso sul Calvario.

Dal recupero dell'autostima all'aiuto degli altri

Il male non è essere paralitico, cieco, sordo o malato, ma il non voler fare nulla per uscire da questa situazione. Occorre trovare la strada per la quale passa Cristo, e poiché non sempre può farlo da solo, il malato deve lasciarsi aiutare da coloro che sono buoni infermieri di Dio, che ci curano, si prendono cura di noi e ci guariscono.

Il sostegno della famiglia e della comunità sociale e religiosa è imprescindibile. L'aiuto migliore che si può prestare alla persona sola è farla sentire accompagnata. D'altra parte, l'ottenere che il depresso entri in uno spazio di preghiera può essere un forte aiuto per il suo abbandono fisico e spirituale.

Amerai il tuo prossimo come te stesso, dice il Signore. E se uno vuole male a se stesso? Se non si dà il giusto valore? Questo accade nella depressione: c'è un notevole

deficit di stima autopersonale. Il depresso è caduto nella grande menzogna di disconoscere la verità su se stesso. Ora sta per recuperare il cammino della verità, dei valori. Però i valori, senza alcune virtù in cui si vivono e si esprimono, sono pura fantasia. Occorrerà ricostruire un comportamento coerente e leale nei confronti di ciò in cui si crede e che sfocia in un gran senso morale della condotta.

Non si tratta di cercare di raggiungere una meta impossibile, bensì di uscire da se stesso per incontrarsi con Cristo vivo e presente in ogni persona che si incontra lungo il cammino. Da uomo percosso e caduto, il depresso diventa buon samaritano che cerca gli altri e in loro si incontra con Cristo, poiché, come dice Giovanni Paolo II: "Con la sua incarnazione, infatti, il Figlio stesso di Dio *si è unito in certo modo ad ogni uomo*" (*Redemptor hominis*, 8).

Non vale a nulla dire: a che serve tutto ciò che mi sta succedendo? L'atteggiamento da avere è invece ben diverso: che posso fare per gli altri? Non bisogna enfatizzare il lamento: chi è il responsabile di tanta sofferenza? perché mi succede questo?, bensì manifestare positivamente il desiderio di aiutare: come posso servire gli altri, seppur con i miei difetti?

Se si è persa l'autostima, si può cercare di identificarsi con un modello completamente nuovo: Cristo. Quella che si impone non è la semplice imitazione, ma l'identificazione con Cristo. Sul piano sovrannaturale, questa misteriosa identificazione è realizzata dalla grazia. Non sono io, è Cristo che vive in me, esclama San Paolo (*Gal 2, 20*).

Identificandosi con Cristo in questo modo, si rafforza la speranza, che è la grande assente nella vita del depresso e si passa dalla perdita dell'autostima alla stima degli altri. La fede non sarà un rimedio magico per curare la depressione, però quando è viva ed operante contribuisce al recupero.

La famiglia

Quando uno dei suoi membri è colpito dalla depressione, la famiglia soffre, e si sente inoltre diso-

rientata e confusa in quanto, apparentemente, non esistono motivi per la situazione in cui si trova il depresso. Occorrerà esternare comprensione e avvicinamento, cercando di accompagnare e dialogare, condividendo con il malato la preghiera e il sostegno spirituale. A poco valgono le parole e l'animo che gli si possono infondere con la buona intenzione di liberarlo dal suo stato depressivo, in quanto per questi malati è praticamente impossibile prendere una qualsiasi decisione. Essi soffrono, non sanno cosa gli succede, fanno soffrire gli altri e



tutti si sentono sconcertati, indifesi e abbandonati.

Qui possono svolgere un grande ruolo pastorale il volontariato e le associazioni familiari, per trasmettere alle famiglie dei malati il loro sostegno, il loro accompagnamento spirituale e anche la collaborazione materiale, se fosse necessaria. Nella pastorale familiare un capitolo speciale dev'essere riservato alle famiglie al cui interno è presente questo tipo di malati. È importante prestare loro attenzione, sostenerle con la fede, promuovere associazioni delle famiglie colpite, offrire loro aiuto.

D'altra parte, la famiglia è il miglior terapeuta per il depresso. Tuttavia, non è infrequente la chiusura della famiglia nei confronti del depresso che viene spesso considera-

to una sorta di “malato immaginario”. Il sostegno della famiglia è indispensabile. Sta qui però il grande problema. E cioè che, non poche volte, il motivo della depressione è proprio la famiglia, i suoi problemi, il suo desiderio di strutturazione, la sua pratica inesistenza... Una pastorale familiare adeguata è il miglior trattamento preventivo.

È necessario ascoltare, comprendere, animare. Valorizzare sempre la persona. Aiutarla a partecipare. Farle vedere che ci si sente bene al suo fianco e che, in nessun modo, il depresso è considerato un commediante che finge di essere malato per interessi di comodo o per disperazione.

Dobbiamo amare le persone così come esse vogliono essere amate. Non pretendere che il malato cambi perché vada meglio alla sua famiglia, ma perché si senta bene con se stesso. Non è necessario usare molte parole: egli deve vedere che la famiglia è al suo fianco, che è disposta ad ascoltarlo, a comprenderlo e ad aiutarlo. Dare affetto al malato, ma ricevere anche ciò che egli può offrire e farglielo vedere con gratitudine.

Non pretendere mai coerenza nel malato: egli è triste ed incapace di definirne i motivi. Chiedergli coerenza vuol dire cercare di aumentare i suoi indefiniti tormenti. Più che ragionare, bisogna amare. In caso di dubbio, il cammino migliore da seguire è sempre quello della misericordia.

Aiutarlo a partecipare alla vita familiare, sociale e parrocchiale, ma senza opprimerlo. Spetta agli altri portare il peso della situazione, senza però che il malato lo sappia. Dare la vita per lui, ma senza che lo noti. Per il depresso non ci sono preoccupazioni piccole; tutto lo opprime con un peso enorme. Bisogna assumere queste preoccupazioni come fossero proprie e non con il grado della propria valutazione, ma con quella che sente il malato stesso. “Farsi depresso con il depresso”.

Cura spirituale e pastorale

Cercherò ora, usando una forma telegrafica, di offrire alcune “ricette” spirituali e pastorali per il

“paziente” malato di depressione, contenenti alcuni “medicinali specifici” perché la famiglia sappia come amministrarli e una guida per il “trattamento” da parte degli operatori pastorali.

La misericordia di Dio è infinita. Se si guarda sinceramente a Dio svanisce ogni sentimento di colpevolezza. Il dolore, offerto assieme a quello di Cristo, è fonte di salvezza per se stessi e per gli altri. Bisogna lasciarsi accompagnare dallo Spirito di Dio e, anche, da una persona che serva da guida e da sostegno; seguire un



itinerario progressivo di incontro con Dio nella preghiera, per vedere la realtà, non con i propri ragionamenti, ma come contemplato e amato da Dio; oltre ad attaccarsi all'amore di Cristo e della Vergine Maria, sentendo la loro compagnia e la loro protezione. Il senso della vita non si ottiene guardando se stessi, ma ponendo lo sguardo su Dio e sugli altri.

Ecco altri punti importanti: intraprendere relazioni nuove con le persone per poter trovare ragioni per vivere: aiutare gli altri. Prendere parte attiva in alcuni progetti pastorali e caritativi, accettando piccole responsabilità, ma senza nessun tipo di angoscia. Sentire di avere bisogno degli altri. La comunità non può prescindere da lui: è uno dei suoi membri. La Chiesa non è una società di personalità forti e brillanti. Non bisogna escludere una certa rassegnazione positiva: accettare i propri limiti.

È necessario essere se stessi, proprio per incontrarsi con la propria personalità: un uomo per gli altri. Aiutarlo a saper accendere i “fari abbaglianti” della parola di

Dio che illumina tutte le cose. E disporsi ad una grande generosità: la vita è per gli altri, va spesa in favore degli altri e non perché marisca all'interno di sé. In poche parole: aiutare il depresso a riconciliarsi con se stesso e accettare la Buona Novella come lievito efficace di guarigione.

Come cristiani, l'unico pane che possiamo dare agli altri è quello con cui noi stessi ci alimentiamo: il pane della parola e il pane dello sacramenti. Gli operatori pastorali quindi non devono cadere nella trappola del psicologia, ed essere terapeuti affezionati e pastorali mediocri.

Il tuo amore allevia il dolore. Parole che possono risultare tanto belle possono essere anche evasive se non gli si dà tutta la profondità che, a partire dalla nostra fede cristiana, devono esprimere. Non c'è nulla di tanto impegnativo e che tanto richiami alla responsabilità come l'amore. L'amore di colui che serve il malato, è un incentivo per una formazione permanente, per cercare tutti i mezzi possibili che portino a sradicare la malattia e a guarire il malato.

L'amore di colui che serve si fa rispetto premuroso di fronte alla situazione della persona che ha bisogno, è lontana da qualsiasi forma di pietismo, rassegnazione negativa o paternalismo. Al contrario, aiuta ad avvicinarsi alla bontà di Dio, che ha cura di tutte le cose, per l'accettazione oggettiva della realtà personale e per aprirsi all'appoggio che gli altri possono prestare.

Gesù ha risposto al problema del dolore assumendolo su di sé. Per questo, l'annuncio del Vangelo e la cura dei malati sono indissolubilmente uniti. Non possiamo non ricordare Cristo nell'orto degli ulivi. La sofferenza ha una sola giustificazione: la speranza di riempirlo di vita, di una vita nuova. E, parlando di speranza, ricordare il felice pensiero di San Giovanni d'Avila, che chiama Maria “infermiera dell'ospedale della misericordia di Dio” (In Nat. V.M. III, 20).

S.Em.za Card. CARLOS
AMIGO VALLEJO
Arcivescovo di Siviglia
Spagna

sabato
15
novembre

3. La speranza

IVAN DIAS

Verso una pastorale di fede cristiana e di fiducia nella vita

Nel corso di questa conferenza abbiamo esaminato le varie cause e i diversi effetti del fenomeno mondiale e apparentemente comune della depressione. È opportuno e giusto che consideriamo ora il ruolo pastorale della Chiesa nell'assistenza delle persone depresse, rafforzandone la fede cristiana e la fiducia nella vita.

Recita un proverbio cinese: *Invece di maledire il buio, accendi una candela*. Mentre coloro che vivono in uno stato depressivo maledicono la propria sorte e possono spingere gli altri a fare la stessa cosa nei loro confronti, la fede cristiana e la fiducia nella vita ci invitano ad aiutarli ad accendere una candela di speranza, perché questa è un forte antidoto e una cura potente contro la depressione. Per i cristiani, questa pastorale è un accompagnamento importante, anzi indispensabile, ad altri trattamenti quali medicinali, terapie, counselling e sostegno morale da parte dei propri cari, e può aiutare a portare un vero sollievo a quanti sono soggetti alla depressione.

Questa pastorale fa riferimento alla virtù della speranza, che permette alle persone di capire che non tutto il male viene per nuocere, che consente loro di aspettarsi la guarigione e perfino un miracolo, e che le spinge a lottare per superare sfide difficili. La speranza, lo sappiamo, può essere semplicemente un tratto del carattere umano o anche una virtù teologica. Come tratto umano, lo possiamo vedere, ad esempio, nelle madri

che si prendono cura dei loro bambini o assistono i loro figli malati, deboli o disabili, o nutrono piani per il loro futuro. Centocinquanta anni fa, negli Stati Uniti d'America viveva un giovane che si chiamava Thomas, che aveva difficoltà d'udito e di apprendimento, e rischiava pertanto di essere allontanato dalla scuola. Sapendo che ciò avrebbe avuto ripercussioni negative su di lui, la madre lo tolse dalla scuola e gli disse: "Figlio, faremo le cose assieme". L'amore della madre poté quello che la competenza accademica degli insegnanti non riuscì a fare. Il ragazzo, che successivamente divenne completamente sordo, cominciò a mostrare notevoli segni di creatività, prima nelle piccole cose e poi in quelle più grandi. E quando morì, all'età di 84 anni il 18 ottobre 1931, egli aveva brevettato oltre un migliaio di invenzioni. L'intero Paese spese per qualche minuto le luci in memoria di colui che aveva inventato la lampadina: si trattava di Thomas Alva Edison. Così, la determinazione di una madre non permise all'angoscia di diventare depressione, e la trasformò in una storia di successo. Fu il trionfo della speranza sul livello umano che unisce le persone.

Il tema di questo intervento si centra attorno alla virtù teologica della speranza che lega gli esseri umani a un Dio onnisciente, onnipotente e che ama tutti, senza, naturalmente, escludere i legami con gli intermediari umani. Come la virtù umana della speranza, anche

la virtù teologica della speranza è profondamente radicata nel cuore dell'uomo. Per questa ragione, la gente rivolge preghiere a Dio, alla Beata Vergine Maria, agli angeli e ai santi, offre sacrifici e fa giuramenti a Dio, va in pellegrinaggio ai santuari, e così via. La fede cristiana e la fiducia nella vita, quindi, devono essere nutrite come parte del ministero pastorale ordinario della Chiesa in favore di quanti soffrono a causa della depressione. L'argomento che stiamo discutendo riguarderà più gli operatori pastorali – vescovi, sacerdoti, religiosi e laici – che le stesse persone depresse.

Oltre alla preghiera personale per e con queste persone e ad una stretta amicizia con loro, vorrei indicare alcune altre importanti risorse e fare delle osservazioni che potrebbero essere utili nella cura pastorale di cui stiamo parlando.

1. La Sacra Bibbia

Nella Sacra Bibbia abbondano gli episodi di persone che sarebbero potute diventare depresse, ma che ebbero un esito felice grazie all'aiuto ricevuto da Dio. Molti episodi riguardano casi che accadono ancora oggi e spesso portano alla depressione, cioè la mancanza di prole, la ribellione contro una leadership, un trattamento freddo da parte dei dipendenti, un maltrattamento da un amico, una vita di peccato, ricordi amari, false accuse, ecc. Farò ora alcuni brevi riferimenti al *Vecchio Testamento*.

C'è il settantacinquenne *Abramo* al quale Dio aveva promesso che la sua discendenza sarebbe stata più numerosa delle stelle del cielo e dei granelli di sabbia sulla spiaggia. Ma per molti anni la moglie Sara non fece figli. Così Abramo ebbe un figlio dalla serva Agar, ma non sarebbe stato il figlio della promessa di Dio. Piuttosto che sprofondare nella depressione, un Abramo perplesso e confuso credette nella promessa del Signore "sperando contro ogni speranza" e Isacco, il figlio della promessa, nacque quando egli aveva cento anni e Sara novant'anni¹.

C'è il caso del nipote di Abramo, *Giuseppe*, figlio di Giacobbe (Israele), che fu venduto dai fratelli ad alcuni mercanti perché erano gelosi dell'affetto che il loro padre gli dimostrava. I mercanti lo portarono in Egitto e lo vendettero come schiavo. Ma la moglie del padrone lo accusò falsamente di comportamento immorale ed egli fu spedito in prigione. Vi avrebbe languito in depressione, se la Provvidenza non avesse voluto che egli si guadagnasse le grazie del re e fosse promosso comandante in seconda nel regno. Quando la carestia colpì quel Paese, Giuseppe fu in grado di dare cibo e rifugio ai suoi cittadini e anche alle popolazioni vicine, tra le quali c'erano il padre e quei fratelli che lo avevano trattato ingiustamente².

C'è poi *Mosè* al quale Dio affidò il popolo eletto, alcune centinaia di migliaia di persone, perché lo conducesse dalla schiavitù in Egitto alla Terra Promessa. Molto spesso, durante i quarant'anni in cui errò nel deserto, la gente, dimentica delle meraviglie che Dio aveva compiuto in suo favore contro i Faraoni d'Egitto, si ribellò a Mosè, ne criticò la leadership, fece domande assurde chiedendo cibo e acqua nel deserto, adorò idoli fatti da loro e portò Mosè quasi alla disperazione. Pur tuttavia, Mosè non si sentì depresso, ma si rivolse al Signore e, con il Suo favore, affrontò tutte quelle sfide con successo³.

C'è *Tobi*, un uomo che percorse sentieri di verità e giustizia, compì atti eroici di carità verso ogni persona, dando da mangiare agli affamati e da vestire agli ignudi, tra-

scorrendo le notti seppellendo i morti nonostante i suoi vicini lo deridessero. Quando ebbe cinquantotto anni, divenne cieco perché gli escrementi di un passero gli erano caduti negli occhi. Si sarebbe potuto lamentare: "Perché a me, Signore?". Ma non lo fece. Sopportò la sua sorte con pazienza per otto lunghi anni, finché il Signore inviò l'arcangelo Raffaele per guarirlo⁴.

C'è poi la storia di *Giobbe* che era conosciuto per la sua pietà, onestà e pazienza, eppure soffriva la perdita dei suoi beni materiali e la morte dei suoi figli e delle sue figlie. Egli perse perfino la comprensione della moglie e degli amici più cari. Dapprima, resistette con coraggio a questa sfortuna dicendo: "Il Signore dà, il Signore



prende: sia benedetto il Suo santo nome". Ma dopo un po' di tempo, la sua pazienza si esaurì ed egli soccombette alla depressione e "maledì il giorno in cui era nato". Dio lo sfidò e gli fece vedere quanto erano stupidi i suoi lamenti. Giobbe si pentì, superò il suo stato depressivo e fu ricompensato con molti più beni di quanto ne avesse persi⁵.

Anche nei *Salmi* ci sono molti versi che infondono coraggio e fiducia in Dio⁶, o che esprimono le forti grida d'aiuto elevate al Signore dal cuore di una persona in profonda angoscia⁷. Essi possono essere usati dagli operatori pastorali per aiutare una persona molto depressa ad avere fiducia in Dio.

Anche nel *Nuovo Testamento* troviamo molti episodi con un epologo felice, che possono aiutare quanti sono vittime della depressione o hanno tentato il suicidio. Sono quelli di *Maria di Magdala*⁸, della *Samaritana*⁹, di *Zaccheo*¹⁰, della *donna colta in adulterio*¹¹ e

di altri che erano immersi nei vizi e godevano di cattiva reputazione presso la gente, ma che, in compagnia di Gesù, trovarono pace, perdono e rispettabilità. In lui essi trovarono chi che non li condannò, ma comprese, perdonò e curò.

C'è un episodio nei Vangeli che, metaforicamente, può aiutare a capire il ruolo della fede e della speranza nella vita di una persona depressa. Si tratta dell'episodio in cui Gesù camminò sul Lago di Galilea. Su richiesta di Pietro, Gesù lo invitò ad andare verso di lui camminando sull'acqua. Pietro uscì gioiosamente dalla barca, e con gli occhi fissi su Gesù camminò coraggiosamente sull'acqua, anche onde ruggenti e venti di tempesta lo circondavano. Ad un certo momento, fu distratto dai venti e dalle onde, si spaventò e cominciò ad affondare. Invocò aiuto, Gesù lo tirò su e lo sgridò: "Perché dubiti, uomo di poca fede?"¹². È precisamente questo ciò che accade ad una persona depressa: si distrae, perde fiducia, focalizza tutta l'attenzione su di sé e comincia ad affondare nella depressione. È solamente quando pone tutta la sua fiducia in Gesù e fissa i suoi occhi su di Lui, che è Padrone dei venti e delle onde, che può rialzarsi e camminare nuovamente sulle acque della vita. Il salmista lo esprime con le seguenti parole: "Fissa i tuoi occhi su Dio e il tuo volto splenderà"¹³.

Abbiamo poi un episodio molto attinente nelle vite degli Apostoli: fra di loro c'erano Giuda che tradì Gesù e Pietro che lo rinnegò tre volte. Entrambi avevano compiuto un'azione scorretta e certamente sentivano un senso di colpa per il modo con cui avevano trattato Colui che, alcune ore prima dell'Ultima Cena, essi avevano acclamato come loro Dio e Padrone. Giuda si depresse perché la sua coscienza lo tormentava per aver tradito un innocente e si suicidò, mentre Pietro pianse lacrime di pentimento e fu confermato da Gesù come leader della Sua Chiesa: "Pasci i miei agnelli"¹⁴.

Nel giorno della Risurrezione di Gesù, due discepoli stavano camminando verso la loro casa ad Emmaus con il cuore spezzato e i sogni infranti, depressi per quello che era accaduto a Gerusalemme

durante i giorni precedenti a Gesù, che essi avevano sperato fosse il Messia da lungo tempo atteso, ma che fu condannato ad morte ignominiosa sulla croce. Il Dio Risorto camminò al loro fianco e spiegò che stava scritto che il Messia doveva soffrire e morire. I loro cuori cominciarono a bruciare e, quando Egli spezzò il pane con loro, i loro occhi si aprirono per riconoscerlo. La depressione li lasciò immediatamente e, tornati nuovamente a Gerusalemme, divennero testimoni ferventi della risurrezione di Gesù¹⁵.

Nella Bibbia ci sono anche molti passaggi che potrebbero avere un significato speciale per quanti soffrono di depressione ed essere particolarmente utili agli operatori pastorali che si preoccupano di loro, come questa citazione dalla lettera di San Paolo ai Filippesi: “Rallegratevi nel Signore, sempre; ve lo ripeto ancora, rallegratevi. Il Signore è vicino. Non angustiatevi per nulla, ma in ogni necessità esponete a Dio le vostre richieste, con preghiere, suppliche e ringraziamenti; e la pace di Dio, che sorpassa ogni intelligenza, custodirà i vostri cuori e i vostri pensieri in Cristo Gesù. In conclusione, fratelli, tutto quello che è vero, nobile, giusto, puro, amabile, onorato, quello che è virtù e merita lode, tutto questo sia oggetto dei vostri pensieri... E il Dio della pace sarà con voi!”¹⁶.

Queste citazioni e i molti episodi lieti presi dalla Bibbia, o dalla storia della Chiesa, dalle vite dei Santi o dalla storia contemporanea, possono aiutare gli operatori pastorali ad assistere le persone che sono sull’orlo della depressione o sprofondate nel loro dolore. Possono aiutare a sollevarne il morale e ad incoraggiarli ad alzare i loro occhi al cielo da dove vengono speranza, gioia e pace. Naturalmente, tanto il Vecchio quanto il Nuovo Testamento narrano anche storie di frustrazione e depressione che si sono malamente concluse, come ad esempio quella del Re Saul che aveva ucciso quando fu sconfitto nella battaglia sulle colline di Gilboa¹⁷, e – come menzionato più avanti – dell’Apostolo Giuda Iscariota che, dopo aver tradito il Maestro, provò rimorso e si suicidò¹⁸. Ma queste sono piuttosto

eccezioni che non la regola nella Bibbia, che è un libro sacro che incoraggia tutti noi ad avere speranza e fiducia in Dio.

2. Lo Spirito Santo

Alcuni anni fa, i partecipanti ad una conferenza di psicologi e psichiatri affermarono di essere in grado di aiutare i loro pazienti ad analizzare i propri problemi, a diagnosticarne le cause e ad indicare come potessero meglio affrontarli. Ma ammisero che non avrebbero potuto eliminarli. Fu un’ammissione veramente umile, ma autentica. La fede e la speranza cristiane, tuttavia, possono fare di più e aiutare la gente a liberarsi dei propri problemi, grazie ai mezzi spirituali a sua disposizione. Mi riferisco al potere soprannaturale dello Spirito Santo e dei Sacramenti della Chiesa cattolica.

Lo Spirito Santo, operante fin dall’inizio della creazione, è stato riversato in larga misura sulla Chiesa nella Pentecoste per completare la missione salvifica di Cristo “a fasciare le piaghe dei cuori spezzati, a proclamare la libertà degli schiavi, la scarcerazione dei prigionieri”¹⁹. Tutte queste condizioni possono essere considerate sintomi di persone depresse: sono tristi, si sentono oppresse e sono prigionieri delle loro emozioni egocentriche. Oggi, comunque, ci sono milioni di persone in tutto il mondo – alcune delle quali sono passate attraverso il tunnel della depressione – che frequentano movimenti dello Spirito, come il Rinnovamento Carismatico, e hanno provato una profonda guarigione interiore di ricordi strazianti (che spesso sono causa di depressione) a testimonianza dell’azione dello Spirito Santo “che estirpa il loro cuore di pietra, mettendo al suo posto un cuore umano”. Esse sentono il loro calice svuotato dai dolori e ricolmo d’amore, di gioia e di una pace che “supera ogni comprensione”, e godono di un equilibrio mentale che non hanno mai provato prima. È lo stesso Spirito che rinvigorisce quanti sono depressi attraverso la Parola di Dio nelle Sacre Scritture, e dà loro nuova vita attraverso i Sacramenti, qualunque siano le cause fisiche,

psicologiche o morali del loro stato depressivo.

3. I Sacramenti

I sette Sacramenti della Chiesa cattolica sono fonti di grazia, di vita e di guarigione. Per quanto riguarda la cura pastorale delle persone depresse, vorrei sottolineare il valore di tre Sacramenti: la Santa Eucaristia, il Sacramento della Riconciliazione e l’Unzione dei Malati. Dobbiamo ricordare che in ogni Sacramento è operante Cristo stesso, e che il sacerdote che lo somministra lo fa nella Sua persona (*in persona Christi*).

Non è un segreto che i peccati nascosti e non perdonati portano facilmente una persona alla depressione. Tuttavia, per quanti sono oppressi dai peccati personali viene in soccorso il Sacramento della Riconciliazione che, se ricevuto con cuore veramente contrito e una decisione ferma di correggere i propri modi di agire, ottiene il perdono di Dio che cancella il passato peccaminoso e conferisce una profonda pace interiore. Ricordo una signora che era sprofondata nella depressione ed era piena di rabbia verso se stessa, verso la sua famiglia, gli amici e ogni altra persona, e rimproverava perfino Dio per il suo stato depressivo. Dopo molti sforzi per persuaderla, accettò di malavoglia di parlare ad un sacerdote. Dopo che ella ebbe tirato fuori tutta la sua amarezza, il sacerdote sospettò quale fosse la causa alla base di un tale comportamento aggressivo e le chiese, piuttosto bruscamente, se avesse avuto un aborto. All’inizio la donna era furiosa, ma poi irruppe in lacrime e narrò la sua triste storia di infedeltà nei confronti del marito; ciò condusse ad una interruzione di gravidanza (da allora maledì il marito che era stato freddo e indifferente verso lei, il suo innamorato che l’abbandonò, il dottore che praticò l’aborto e tutti gli altri che non si erano mostrati sensibili alla sua angoscia). Il sacerdote la portò, passo dopo passo, a ricevere il Sacramento della Riconciliazione, e poi l’aiutò ad accettare il bambino che aveva rifiutato, ad amarlo e anche a dargli un nome. Ad ogni passo, la donna diventava

più calma e alla fine era tutta sorriso al pensiero di incontrare un giorno il suo bambino.

A quanti patiscono gravi infermità viene amministrato il Sacramento dell'Unzione dei Malati. Nel mio ministero pastorale ho testimoniato come questo Sacramento dia coraggio morale e forza e conforto spirituale, e a volte anche guarigione fisica, a coloro che sono depressi a causa di malattie fisiche o psicologiche. So di tre coppie che erano in un stato di profonda depressione e si erano avvicinate ad un sacerdote per un aiuto. Non erano coppie ordinarie: due di loro erano omosessuali e una lesbica. Da molti anni cercavano, sinceramente, di liberarsi dei loro affetti disordinati facendo ricorso a consulenti professionali e al confessionale, ma invano. Il sacerdote che avevano contattato li portò prima a ricevere individualmente il Sacramento della Riconciliazione, e poi l'Unzione dei malati, perché il loro problema li stava conducendo non alla morte corporale, ma, in maniera più grave, a quella dell'anima. Sarete contenti di sapere che tutti e tre i casi furono guariti completamente dalle loro tendenze innaturali.

Infine, c'è il *Sacramento della Santa Eucaristia*, in cui è presente lo stesso Divin Guaritore che ha detto: "Venite a me, voi tutti, che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò"²⁰. Per coloro che soffrono di depressione queste parole di nostro Signore sono efficaci oggi come sempre. Vorrei attirare la vostra attenzione sulla preghiera che recitiamo durante la Messa prima di ricevere la Comunione: "Signore, di soltanto una parola ed io sarò guarito". Si tratta di una preghiera di guarigione. Gli operatori pastorali, quindi, dovrebbero condurre le persone depresse, qualunque sia la causa o i sintomi della loro depressione, al tocco sanante di Colui soltanto che "può dire una parola" e guarirli nella mente, nel corpo o nello spirito.

Per alcuni, tutto ciò che abbiamo detto finora può sembrare un'utopia. Ma la fede cristiana può veramente smuovere le montagne. Ci sono moltissimi esempi di persone che, nella loro vita, hanno combattuto la depressione e l'hanno vinta grazie alla fede e alla fiducia nella

vita. Vorrei narrarne uno. È la testimonianza eroica del *Dr. Tagachi Nagai*, un medico che lavorava nel dipartimento di radiologia di Nagasaki quando la bomba atomica cadde sulla città il 9 agosto 1945. La bomba bruciò 500 metri sopra la città, in pochi secondi creò fuochi di 3.000 gradi centigradi, causando danni immensi alle vite umane e alle cose, i cui effetti sono visibili ancor'oggi: rimasero uccise 74.000 persone e ferite 75.000. Il Dr. Nagai soffriva di leucemia cronica e gli erano stati diagnosticati tre anni di vita; la bomba aggravò soltanto le sue condizioni sanitarie. Nell'esplosione perse la



moglie. Aveva quindi sufficienti ragioni per essere depresso. Pur tuttavia, non lo era. Alcuni mesi prima era diventato cattolico. La sua nuova fede nel Signore Risorto e Salvatore, alla cui presenza nella Santa Eucaristia egli credeva fermamente, lo spinse a superare le proprie perdite personali. Uno degli edifici distrutti era la cattedrale di Nagasaki, che prima si ergeva come simbolo di fede e orgoglio degli abitanti di quella città. Il Dr. Nagai pensò: se potessimo trovare la campana della cattedrale, ciò darebbe alla gente un immenso coraggio per superare la depressione e per ricominciare tutti assieme. Egli riunì così i suoi concittadini e frugarono giorno e notte tra le macerie dei bombardamenti finché trovarono la campana. Quando questa fu installata sulla cima della vicina collina la notte di Natale, il Dr. Nagai si rivolse alla moltitudine lì riunita e parlò con un tale entusiasmo e una tale convinzione della risurrezione gloriosa di Gesù Cristo e della Sua vittoria sul peccato e sulla morte, che impresse in tutti i presenti la necessità di spera-

re e lavorare per un futuro migliore. Benché la sua salute stesse lentamente venendo meno, egli usò tutte le sue capacità – di medico, poeta e patriota – per incoraggiare i suoi concittadini fino alla fine. Racchiuse i suoi nobili pensieri in un libro dal titolo *The Bells of Nagasaki*, e morì alla giovane età di 41 anni, cinque anni dopo il fatale bombardamento atomico su Nagasaki. Le fondamenta della nuova Nagasaki furono gettate dal Dr. Nagai, grazie alla sua eroica fede cristiana e alla sua fiducia nella vita. Egli non soccombette alla depressione, ma aiutò gli altri a risollevarsi dalla loro.

4. Osservazioni pastorali

Come premessa, credo sia opportuno riassumere ciò che ci dicono gli esperti nel campo della depressione. Essi affermano che la depressione è una malattia delle emozioni e la sua classificazione come malattia mentale non la rende meno reale o penosa. Si tratta di un disturbo caratterizzato da vari gradi di fluttuazione dell'umore, cioè tristezza, disappunto, solitudine, disperazione, dubbio e colpevolezza. Questi sentimenti possono essere molto intensi e durare per un lungo periodo di tempo. Le attività quotidiane possono diventare più difficili, ma l'individuo può essere ancora in grado di fronteggiarle. È a questo livello, tuttavia, che il sentimento di disperazione può diventare tanto intenso che il suicidio può essere visto da alcuni di loro come l'unica soluzione possibile. Una persona che attraversa una depressione grave può anche provare un desiderio di completo allontanamento dalla routine quotidiana e/o dal mondo esterno. Gli esperti, infatti, ci dicono che le persone depresse vivono in un mondo chiuso e pensano che nessuno le possa aiutare. A volte, perfino Dio è allontanato dalle loro vite. E – come dice il proverbio – "quando escludi Dio dalla tua vita, tu ci rinunci te stesso, nella prigione della tua palude emotiva". Inoltre, per una persona depressa, tornare ad uno stato mentale ed emotivo equilibrato non è un processo rapido, e può essere molto doloroso. Possono esserci fardelli

irrisolti di pene sofferte, atteggiamenti sbagliati, informazioni non corrette, e così via. Ciò può rallentare il processo di ripresa. D'altro lato, la depressione non è qualcosa di cui vergognarsi, e non è un segno di debolezza. È un disturbo comune e chiunque, anche chi ha un carattere forte, può dover affrontare situazioni che potrebbero portare alla depressione. Perfino gli psicologi, gli psichiatri, e gli operatori pastorali quali vescovi, sacerdoti, religiosi e laici competenti che consigliano gli altri, possono cadere preda della depressione, che è curabile, sia con i medicinali, che con la terapia o il counselling. La preghiera continua dei parenti e degli amici per e con i depressi faciliterà il processo di guarigione. Non bisogna, però, sentirsi colpevoli per il fatto di essere depressi. I fallimenti del passato possono diventare un forte fondamento su cui ricostruire un futuro luminoso. Prendiamo, ad esempio, Sant'Agostino. Nella sua autobiografia, egli narra come, da giovane pagano, avesse condotto una vita di errori intellettuali, debolezza morale e vuoto spirituale, che lo avevano fatto scivolare in una profonda depressione, ma – con l'aiuto di Dio – egli si risollevò per diventare un fervente cristiano. Oggi è acclamato come grande Dottore della Chiesa.

Come regola generale, quindi, gli operatori pastorali che hanno a che fare con le persone depresse dovrebbero avere una particolare sensibilità nei confronti dei loro sentimenti ed essere fermamente convinti che, per quanto il caso possa essere difficile, essi possono portare loro sollievo. Questo ottimismo è il primo requisito di quanti sono chiamati ad assistere chi è depresso. Gli operatori pastorali devono essere persone di profonda fede e speranza. Permettetemi di menzionare alcuni campi che devono generalmente suscitare il loro interesse.

1. *Importanza del perdono.* Una persona può cadere in grave depressione perché è piena di risentimenti e di sentimenti feriti, e ritiene difficile, se non impossibile, perdonare coloro che l'hanno ferita. Per poter riportare tale persona alla normalità, occorre guidarla a

perdonare chi è stato all'origine di queste ferite. Le persone depresse spesso si chiudono nell'autocommiserazione e nell'autogiustificazione, si leccano le ferite, per così dire. Esse devono essere aiutate a superare questa difficoltà. L'esempio di Cristo sulla croce che perdona coloro che lo avevano ingiustamente torturato e crocifisso può essere un invito vigoroso e un'ispirazione a fare altrettanto.

Dobbiamo stare attenti ad un perdono dato con la bocca ma non con il cuore. Tutti conoscono la storia di Coreen ten Boom, una signora tedesca che aveva perso i genitori, parenti ed amici per mano del nazismo durante la Seconda Guerra Mondiale, solo perché erano ebrei. Lei e la sorella furono portate da un campo di concentramento all'altro. Fu solo grazie alla provvidenza di Dio che fu liberata dal campo di Ravensbrück, una settimana dopo che lì vi era morta sua sorella. Come cristiana, ella si rese conto che doveva perdonare coloro che avevano recato danno ai suoi cari. Sentì una profonda pace quando compì l'atto di perdono. Allora, viaggiò per il mondo portando il suo messaggio d'amore e di perdono come Nostro Signore ci ha insegnato: "Ma se voi non perdonerete agli uomini, neppure il Padre vostro perdonerà le vostre colpe"²¹. Un giorno in Germania si incontrò faccia a faccia con una persona che aveva tanto maltrattato lei e sua sorella nel campo di concentramento. La guardia di Ravensbrück le stese la mano chiedendole perdono e riconciliazione. All'improvviso, tutte le amare sofferenze e i traumi subiti le tornarono alla mente come un flash, e si sentì completamente paralizzata. Ma dopo pochi minuti – come ci racconta nel libro *Tramp for the Lord* – fu sopraffatta dalla grazia di Dio e poté quindi abbracciare il suo ex persecutore nazista. Fu allora che perdonò completamente, e provò la pace di Dio che non la lasciò mai più.

2. *Giuste priorità.* Una persona può essere caduta in depressione per priorità false o errate, quando – ad esempio – la propria carriera professionale ha preso la precedenza sul benessere della propria famiglia o quando le attività mon-

dane eclissano la propria ricerca personale di santità. Delle priorità non equilibrate possono essere spesso causa di continua frizione e depressione e devono quindi essere impostate correttamente prima che la guarigione possa aver luogo.

Alcuni anni fa mi fece visita una coppia depressa, sposata da quindici anni: la donna fu coinvolta per due volte in adulterio e il marito, benché di natura atta a perdonare, era sotto pressione da parte della famiglia che non voleva che la riprendesse: ci fu uno scontro di fedeltà (verso la moglie e verso la famiglia) e mesi di sessione con degli psichiatri non risultarono di nessun aiuto. Tanto il marito quanto la moglie erano terribilmente confusi e avevano presentato separatamente istanza di divorzio. Li incontrai a quel momento. Prima parlai separatamente a ciascuno di loro, e quindi insieme: la donna fu portata a rinnovare la sua richiesta di perdono e il marito a perdonare e ad accettare la priorità del suo impegno matrimoniale al di sopra dei legami familiari. Entrambi ricevettero il Sacramento della Riconciliazione. Essendosi sbarazzati del loro bagaglio di ricordi spiacevoli, la mattina seguente essi rinnovarono i loro voti matrimoniali durante la Santa Messa e vissero da allora felici. La depressione si era trasformata in gioia infinita.

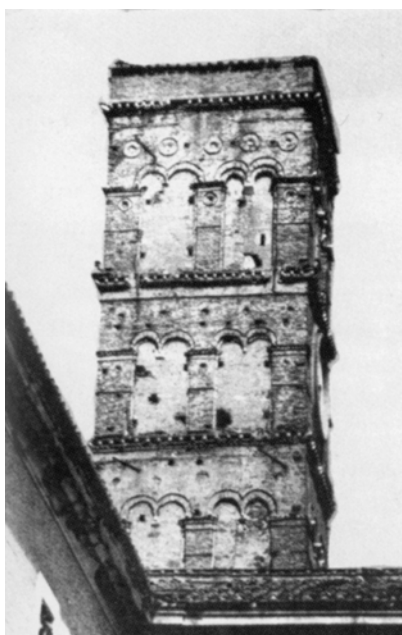
3. *Pensiero della morte.* Alcune persone cadono in depressione per il pensiero della morte: la loro o quella dei loro cari o dei loro amici. La fede cristiana e la speranza li aiuterà a guardare al di là delle barriere della morte all'assicurazione della risurrezione dei corpi. Gesù ci ha dato un'anticipazione della sua potenza divina con la risurrezione della figlia di Giairo²² e dell'unico figlio di una vedova²³, quando riportò in vita Lazzaro dopo che era morto da quattro giorni²⁴, e quando Egli stesso risuscitò il terzo giorno dalla morte in croce. Gesù è un Dio a cui nulla è impossibile, e che ha promesso di risuscitare i nostri corpi mortali l'ultimo giorno. Egli "tergerà ogni lacrima dai loro occhi e non ci sarà più la morte".

Il Venerdì Santo è un preludio alla Domenica di Pasqua. Gesù lo

ha insegnato mentre camminava con i suoi discepoli verso Emmaus²⁵. La pastorale delle persone depresse dovrebbe quindi mettere in luce il valore della croce di Gesù Cristo e del significato cristiano della sofferenza. Non può esserci Domenica di Pasqua senza che prima l'abbia preceduta il Venerdì Santo. Spesso, i benefici spirituali subentrano alla depressione, e raramente avviene il contrario. Una donna della Corea del Sud, Julia K., ha fatto un meraviglioso viaggio dalla depressione alla pienezza di vita. Buddista di nascita, sposata con due figli, era sempre ammalata e spesso doveva essere ricoverata in ospedale dove ogni volta le dicevano di tornare a casa perché non c'era nulla che i dottori potessero fare. Il suo credo religioso nel *karma* (successione di rinascite) la resero dura, perché non era a conoscenza di nessun comportamento sbagliato nelle vite precedenti che avrebbe potuto giustificare una salute così cattiva in quella presente. Divenne profondamente depressa e cercò di suicidarsi due volte. Una sera lasciò la propria casa determinata a porre termine alla propria vita. Era il suo terzo tentativo di suicidio. I suoi occhi pieni di lacrime, notarono una luce che proveniva da un edificio vicino. Era una chiesa. Vi entrò, si sedette su di un banco e cominciò a sudare profusamente. Il sacerdote la notò e le chiese quale fosse il suo problema. Quando ella gli spiegò la situazione e la sua pena per il fatto di soffrire senza alcuna ragione, il sacerdote le indicò un grande Crocifisso e disse: "Sa, signora, la sofferenza innocente è utile a Dio per aiutare gli altri a diventare buoni". Questa semplice frase allargò gli orizzonti del dolore e dell'angoscia nella mente della donna. Divenne una fervente cristiana, e la sua nuova fede e fiducia in Dio la portarono a dedicare la propria vita alla carità. Ella compì un tale progresso nella sua vita spirituale che cominciò a ricevere molti doni spirituali e manifestazioni mistiche. Le lacrime amare della depressione si erano trasformate in lacrime di gioia.

Notte buia dell'anima. È giusto dire qui una parola sulla possibilità, in alcuni casi, di un significato mistico della depressione. Mi riferisco alla "notte buia dell'anima",

provata da molti mistici: San Giovanni della Croce, Santa Teresa d'Avila, Santa Bernadette, ed altri. Anche la beata Madre Teresa di Calcutta viveva sotto una continua esperienza mistica che ella chiamava "il buio". Fu solo dopo la sua morte che questo aspetto eroico della sua vita fu rivelato. Nascosta ad ogni occhio, anche a quelli a lei più vicini, la sua vita interiore fu segnata dall'esperienza di un sentimento profondo, doloroso e infinito di essere separata da Dio, perfino respinta da Lui, assieme ad un desiderio sempre più forte del Suo



amore. Questa "notte dolorosa" della sua anima iniziò nel tempo in cui cominciò il suo lavoro per i poveri e continuò fino alla fine della sua vita, portando Madre Teresa ad una unione ancor più profonda con Dio. Fu quasi come se l'"ho sete" di Gesù, che ella aveva sperimentato durante il viaggio ispiratore da Calcutta a Darjeeling nel 1946, fosse accompagnato per tutta la sua vita dal "Mio Dio, mio Dio, perché mi ha abbandonato?" dello stesso Gesù. Attraverso quel buio ella fu elevata agli onori della santità, partecipò misticamente alla sete di Gesù sulla Croce, nel Suo desiderio doloroso e bruciante d'amore, e condivise la desolazione interiore dei poveri. E ancora, si occupò umilmente e coraggiosamente delle sue attività normali in favore dei più poveri dei poveri, incontrando papi e re, governanti e

gente del popolo, e ricevendo innumerevoli riconoscimenti, compreso il prestigioso Premio Nobel nel 1979.

6. Meditazione cristiana. C'è poi un altro importante sviluppo riguardo la terapia spirituale per la depressione. Gli abitanti di tutto il mondo cercano di ottenere la pace della mente con pratiche quali *yoga*, *vypassana*, *zen* e meditazione trascendentale e anche ricorrendo alla superstizione, o alle pratiche *New Age* diffuse dal *fengshui*, *vaatsu*, *reiki*, etc. Tutto ciò sono semplici palliativi a paragone di ciò che la Chiesa può offrire. Infatti, la Chiesa cattolica ha le sue pratiche ben sperimentate che possono aiutare a risolvere casi di depressione o a prevenirli. Sto parlando della meditazione cristiana che porta la gente ad una profonda unione personale con il Dio Trinitario, in contrasto con le summenzionate pratiche non cristiane che parlano di unione con un essere o una forza sconosciuta e impersonale. Purtroppo, nello stile agitato di vita di oggi, la dimensione meditativa e contemplativa della nostra identità cristiana è assente. Ai cristiani bisogna insegnare l'arte della meditazione cristiana affinché sappiano fronteggiare gli alti e bassi della vita quotidiana e affrontare la sfida "di essere nel mondo ma non del mondo".

Questa meditazione – o ciò che i primi cristiani chiamavano *preghiera pura* – è cristocentrica. Si centra, cioè, sulla preghiera di Cristo che scaturisce continuamente dallo Spirito Santo nel profondo di ogni essere umano. Più profondo di ogni idea di Dio è Dio stesso. Più profondo dell'immaginazione è la realtà di Dio. In questa *preghiera pura* noi lasciamo dietro di noi ogni pensiero, parola, immagine, al fine di fissare le nostre menti sul Regno di Dio prima di ogni altro, lasciamo dietro di noi il nostro egoismo per morire e risorgere nel vero "io" in Cristo. La meditazione non esclude altri tipi di preghiera e approfondisce realmente la nostra venerazione per i Sacramenti e la lettura delle Scritture²⁶.

Gli operatori pastorali potrebbero usare la meditazione cristiana con maggiore successo sia come

terapia preventiva sia come terapia curativa per i casi di depressione.

Conclusione

Nostro Signore Gesù Cristo ha descritto il ruolo che la fede cristiana e la fiducia nella vita possono svolgere in una persona nella parabola della casa costruita sulla roccia, in contrasto con quella costruita sulla sabbia. La casa costruita sulla roccia, dice Gesù, può resistere alle piogge, alle alluvioni, ai venti – e, possiamo aggiungere, anche ai terremoti – mentre quella costruita sulla sabbia crolla alla più lieve sollecitazione²⁷. Come antidoto alla depressione in alcuni e come cura in altri, questa parabola sottolinea l'importanza del dare alle nostre vite spirituali una fede salda e un forte fondamento di speranza. San Paolo parla di una “speranza che non delude” e fa eco all'insegnamento di Gesù della casa costruita sulla roccia: “Chi ci separerà dunque dall'amore di Cristo? Forse la tribolazione, l'angoscia, la persecuzione, la fame, la nudità, il pericolo, la spada?... Ma in tutte queste cose noi siamo più che vincitori per virtù di colui che ci ha amati. Io sono infatti persuaso che né morte né vita, né angeli né principati, né presente né avvenire, né potenze, né altezza né profondità, né alcun'altra creatura potrà mai separarci dall'amore di Dio, in Cristo Gesù, nostro Signore”²⁸. Una tale fede e fiducia in Dio fa cantare al salmista: “Il Signore è il mio pastore: non manco di nulla... Se dovessi camminare in una valle oscura, non temerei alcun male, perché tu sei con me. Il tuo bastone e il tuo vincolo mi danno sicurezza”²⁹.

L'immagine della roccia della fede e della speranza come antidoto alla depressione può essere applicata non solo ai singoli individui, ma anche all'intera società, alla gente, a un continente. È significativo che il nostro Santo Padre abbia preso la “speranza” come tema principale della sua Esortazione Apostolica *Ecclesia in Europa* dopo la Seconda Assemblea Speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi. In quel documento il Papa magistralmente analizza l'attuale situazione europea. Egli dice: “Si tratta di proclamare questo annun-

cio di speranza a un'Europa che sembra averla smarrita”³⁰. Oggi l'Europa è un continente di luci e ombre: malgrado – o, forse, a causa di – l'abbondanza del benessere, l'immensità del sapere e le spettacolari invenzioni e realizzazioni, è schiacciata... da ideologie ateistiche e da proposte allettanti che esaltano le culture anti-Dio, compresa la cultura della morte, tentando di costruire la città degli uomini a prescindere da Dio o contro di lui, e portando la gente verso l'autodistruzione, la depressione e la disperazione. Mai prima nella storia dell'umanità c'è stata una tale proliferazione di veggenti e di maghi, di psichiatri e ciarlatani, di teorie e guaritori esoterici. La percentuale dei suicidi è in aumento, più nei paesi ricchi che in quelli in via di sviluppo”. Oggi l'Europa, dice il Papa, si trova di fronte a “un accresciuto bisogno di speranza, così da poter dare senso alla vita e alla storia e camminare insieme”³¹ e “anche se non se ne vedono ancora gli effetti, la vittoria del Cristo è già avvenuta ed è definitiva.... grazie alla fede nel Risorto, presente ed operante nella storia”³². Ciò che il Santo Padre dice dell'Europa può essere facilmente applicato alle cosiddette nazioni industrializzate del mondo ed essere un'allerta ai Paesi in via di sviluppo che spesso cercano di mimare quelli ricchi e cadono preda dei potenti andamenti mondiali della globalizzazione.

La pastorale per le persone depresse oggi è un “must”: deve entrare in ogni casa, parrocchia, comunità, diocesi e nella società in generale. Non è un apostolato passivo, aiutare semplicemente la gente ad accettare la loro condizione dolorosa con rassegnazione, ma richiede un atteggiamento attivo che aiuti la gente ad uscire dalle loro catene di negatività e a respirare la libertà dei figli di Dio. Essa richiede che gli operatori pastorali siano ascoltatori pazienti e compassionevoli, e che perseverino con amore nella loro determinazione di aiutare un fratello o una sorella depressa ad uscire dal tunnel della solitudine. Molto dipenderà dalla forza spirituale e morale degli operatori pastorali, e dalla loro capacità di infondere speranza e fiducia nella persona che assistono. Solo allora saranno in grado di discernere le

cause dei problemi che assillano la persona depressa ed aiutare a risolverli con le risorse spirituali che abbiamo menzionato prima, naturalmente in tandem con altri trattamenti disponibili, quali medicine, terapia, counselling, e sostegno morale. La terapia spirituale deve andare mano per mano con altri trattamenti. Il salmista dice: “Se il Signore non costruisce la casa, invano vi faticano i costruttori”³³. Lo stesso vale quando si deve ricostruire la casa della fiducia di una persona depressa, le cui fondamenta si sono spezzate e il cui edificio è crollato. Ma questa casa deve essere costruita sulla roccia della fede cristiana e della fiducia nella vita. Più forte sarà la roccia, più facile sarà per l'operatore pastorale accompagnare la persona depressa dal “maledire il buio” all’“accendere una candela” di speranza, e più candele saranno accese, più veloce sarà la ripresa dal caos emotivo ad una vita veramente degna di essere vissuta.

S.Em.za Card. IVAN DIAS
Arcivescovo di Bombay
India

Note

- ¹ Gen 12:1-21:7.
- ² Gen 30:22-49:33.
- ³ Es 3:1-14:30.
- ⁴ Tob 1:3-14:15.
- ⁵ Gb 1:1-42:16.
- ⁶ e.g. Sal 20, 23, 27, 40, 42, 103, 121, 130.
- ⁷ e.g. Sal 6, 10, 13, 22, 28, 31, 43, 51, 57, 69, 70, 86, 88, 130, 140, 143.
- ⁸ cf. Mt 26:6-13; Mc 14:3-9; Lc 7:36-50.
- ⁹ Gv 4:5-26.
- ¹⁰ Lc 19:2-10.
- ¹¹ Gv 8:1-11.
- ¹² Mt 14:28-32.
- ¹³ Sal 34:5.
- ¹⁴ Mt 27:3-5; Gv 21:15-17.
- ¹⁵ Lc 24:13-35.
- ¹⁶ Fil 4:4-9.
- ¹⁷ 1 Sam 31:1-12.
- ¹⁸ Mt 27:3-5.
- ¹⁹ Is 61:1-2.
- ²⁰ Mt 11:28.
- ²¹ Mt 6:15.
- ²² Lc 8:41-56.
- ²³ Lc 7:11-17.
- ²⁴ Gv 11:1-44.
- ²⁵ Lc 24:13-35.
- ²⁶ Fr. Laurence Freeman, direttore spirituale della “Worldwide Community of Christian Meditators”.
- ²⁷ Mt 7:24-27.
- ²⁸ Rm 8:35-39.
- ²⁹ Sal 23:1,4.
- ³⁰ Ecclesia in Europa, 2.
- ³¹ *ibid.*, 4.
- ³² *ibid.*, 5.
- ³³ Sal 127:1.



Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

● HEADLINES

Organization

Historical Outline

Events

Documents

Word of the Pope

Prayers

International Catholic Organizations

Emerging Diseases

Dolentium Hominum

Archives

Links

