

Esiste la depressione dei bambini? Tra misconoscimento e inflazione

Does depression exist in children? Between misunderstanding and inflation

Maria Luisa Algini

Membro Ordinario della Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia e dell'adolescenza (SIPsIA), docente con funzioni di training della Scuola di Psicoterapia ASNE-SIPsIA Istituto Winnicott

Parole chiave: depressione infantile, melanconia, stati depressivi, equivalenti depressivi, struttura depressiva, psicoterapia infantile

RIASSUNTO

Obiettivi: il lavoro si propone di esplorare la questione complessa della depressione dei bambini. Essa ha interessato non solo la storia delle classificazioni psichiatriche che ne avevano negato l'esistenza, ma anche quella della psicoanalisi infantile che, durante la seconda guerra mondiale, si occupa della cura dei bambini orfani, abbandonati o deprivati e inizia una elaborazione anche teorica della questione.

Metodi: l'autrice, sulla base della propria esperienza clinica di psicoterapia infantile, e utilizzando la letteratura psicoanalitica sull'argomento, mette a fuoco vari aspetti: la necessità di distinguere se i sintomi, psichici o somatici, indicano "normali" difficoltà di crescita o un'area patologica; se si tratta di *stati depressivi*, transitori o stabilizzati, o di una vera e propria *struttura melanconica*; se nei bambini si possa parlare di "depressione" nel senso che tale entità clinica ha per gli adulti; quale tipo di intervento sia ipotizzabile e quale obiettivo si possa prefiggere.

Risultati: offrendo una serie di indicazioni per una non semplice valutazione psicodiagnostica dei bambini, inclusa la relazione con genitori, ritiene sostenibile l'esistenza di vere e proprie situazioni melanconiche anche nei piccoli. Mette comunque l'accento sulle potenzialità e risorse che nell'infanzia rendono l'intervento psicoterapeutico altamente preventivo rispetto ai possibili breakdown nell'adolescenza o nell'età adulta.

Autore per corrispondenza: maalgini@gmail.com

Keyword: infant depression, melancholy, depression, depressive equivalents, depressive structure, child psychotherapy

SUMMARY

Objectives: the paper intends to explore the complex issue of child depression. It involves not only the history of psychiatric classifications that denied it in the past, but also that of child psychoanalysis which during the Second World War cared orphan children abandoned or deprived and began a theoretical elaboration of the question.

Methods: the author, using his clinical experience of child psychotherapy and psychoanalytic literature, focuses on various aspects: the need to distinguish whether symptoms, psychic or somatic, indicate "normal" growth difficulties or a pathological area. Whether it is depressed, transient or stabilized, or a true melancholic structure; whether children can be referred to as "depression" in the sense that such a clinical entity has for adults; what kind of intervention is conceivable and what objective can be prefigured.

Results: by offering a series of indications for a non-psychodynamic assessment of children, including parenting, he believes that there are real melancholic situations in the young as well. However, it emphasizes the potentialities and resources that in childhood make the psychotherapeutic intervention highly preventive from possible breakdowns in adolescence or adulthood.

Esiste la depressione dei bambini?

La questione ha interessato non solo la storia delle classificazioni psichiatriche, ma anche quella della psicoanalisi infantile, ponendo interrogativi sempre aperti sia per quanto riguarda la complessità della valutazione, sia per l'eventualità e la forma del percorso psicoterapeutico.

La valutazione è sempre molto difficile per la molteplicità dei fattori in gioco. Sappiamo che la crescita implica continui cambiamenti e trasformazioni del corpo e della psiche, quindi momenti di perdita e separazione con conseguenti *stati* che possiamo definire *depressivi*. Possono essere legati a eventi reali, come la nascita di fratelli, cambiamenti familiari rilevanti, l'entrata a scuola con l'impegno dell'apprendimento e della socializzazione. Ma nascono spesso da invisibili conflitti interni, l'avvento della pubertà, distacchi o lutti di persone significative.

La crescita dunque non è mai un processo lineare, fluttua tra evoluzioni, regressioni, salti in avanti, scoperta di risorse ma anche di vuoti imprevisti; il gioco psichico dei rapporti con i genitori è più che mai aperto; le variabili portate dalle istituzioni educative in cui si cresce sono altrettanto imponderabili.

Soprattutto in quest'area, poi, i bambini non sono in grado di decifrare e riconoscere stati emotivi direttamente attinenti a un'area depressiva.

Sono i genitori a notare: la mattina non vuole alzarsi e vestirsi, non è mai contento, è svagato, pigro, si annoia, non gioca, non riesce a stare solo o si isola. Oppure: non sta mai fermo, va in collera per niente, è sempre agitato, vuol tornare a casa. O, ancora, ci sono disturbi alimentari e del sonno, enuresi, a volte tic o temporanei disturbi del linguaggio.

A scuola gli insegnanti segnalano un quadro di instabilità, iperattività, difficoltà nell'attenzione, logorrea, disturbi oppositivo-compulsivi, aggressività sia verso gli adulti che verso i pari.

I bambini tutt'al più dicono: non sono capace, i compagni mi evitano, mi accusano che sono cattivo, è sempre colpa mia, non valgo niente, nessuno mi capisce, ho paura... Oppure mettono in atto collere e distruttività sproporzionate, di cui non riescono a dire ragioni.

Sono sintomi che possono avere portata e lunghezza limitate, e sfociare nell'acquisizione di nuove capacità e di un nuovo assetto psichico. Ma possono anche prolungarsi nel tempo, intensificarsi e sfociare in veri e propri *disturbi depressivi*: l'angoscia di separarsi può divenire fobia scolare, abbandono scolastico, crisi di panico, controllo ossessivo dei genitori, impossibilità di dormire o restare da soli, rifiuto o ricorso fuori misura al cibo.

Lo stato depressivo può anche presentarsi attraverso *il corpo e nel corpo*: cefalee, mal di pancia, insonnie, vomiti appartengono da sempre al linguaggio attraverso cui i bambini fanno capire le paure e l'incapacità di reggere l'angoscia della separazione. Questi sintomi sono stati anche definiti *equivalenti depressivi*, nel senso che lo stato affettivo dei bambini, per una congiuntura di fattori, prende la via del corpo per essere inteso e raccolto dagli adulti senza peraltro venire decifrato nelle sue valenze psichiche e collegato con angosce di perdita e separazione.

In sede di valutazione psicodiagnostica, tutte queste espressioni di disagio sono spesso riunite sotto il denominatore comune "depressione". Le questioni sono tante. Anzitutto, siamo su un terreno di "normali" difficoltà di crescita o già in un'area patologica? Si tratta di *stati depressivi*, transitori o stabilizzati, o di una vera e propria *struttura depressiva*? Nei bambini si può parlare di "depressione" nel senso che tale entità clinica ha per gli adulti? La questione fu posta in ambito psichiatrico già da Kraepelin all'inizio del XX secolo, riproposta negli anni '30 da Kanner negli Stati Uniti e da Baruk in Francia. La risposta era assolutamente negativa. Secondo le ricerche di questi clinici, la comparsa sotto i 15 anni di questi stati patologici è di una tale rarità che non vale la pena di prenderli in considerazione.

Anche altri psichiatri autorevoli come Bradley e Barton-Hall, sulla base di ricerche statistiche, dichiarano che "gli stati maniaco-depressivi sono malattie della personalità matura o in via di maturazione", mettendone quindi in forte dubbio l'esistenza nei bambini.

Tale posizione fu polemicamente contestata in Inghilterra dalle ricerche di Ernest Harms che, con un gruppo di psichiatri, pubblicò nel 1952 un numero speciale della rivista *Nervous Child*, che è un vero manifesto in favore del riconoscimento degli stati depressivi nel bambino. Harms sosteneva che essi esigono criteri clinici propri, non comparabili con quelli usati per gli adulti e ne parla come di *psicosi affettive*. Sono a suo avviso caratterizzate da un insieme di disturbi dell'umore che costituiscono l'elemento sintomatico

dominante di un contesto a tonalità psicotica.

Harms ha poi allargato la ricerca all'individuazione delle organizzazioni precoci che possono sfociare, nell'età adulta, nella strutturazione maniaco-depressiva e in condotte suicidarie.

Queste ricerche cliniche furono ampiamente sviluppate negli anni sessanta a Parigi da S. Lebovici e R. Diatkine nel Dipartimento di Salute Mentale del XIII arrondissement e dal centro Alfred Binet. Lo studio di casi seguiti longitudinalmente dall'infanzia all'età adulta, evidenziava che in bambini tra i 5 e gli 8 anni il cui sintomo dominante sembrava l'eccitazione maniacale, sogni e disegni rivelavano invece una problematica depressiva grave.

Sempre da tali ricerche, emergeva che nell'adolescenza l'evoluzione di questi disturbi non era verso la psicosi maniaco-depressiva, ma verso la psicosi dissociativa, in particolare la schizofrenia o l'organizzazione di tipo psicopatico¹.

Neonati arrabbiati, disperati, rassegnati

In ambito psicoanalitico, però, era già avvenuto altro.

Le situazioni e le cure dei bambini durante la seconda guerra mondiale avevano suscitato in ambito psicoanalitico un grande fermento di ricerche e di pensiero. Le prime a essere descritte sono state le *depressioni* di neonati e bambini piccoli.

Anna Freud e Dorothy Burlingham (5), lavorando nelle Hampstead Nursery durante i bombardamenti di Londra, sono colpite dalla violenza delle reazioni di disperazione dei piccoli orfani o abbandonati.

René Spitz pubblica nel 1946 (6) le sue ricerche sulla depressione "anaclitica"² dei bambini tra i 6 e i 18 mesi, quando sono separati dalla madre e collocati in un ambiente estraneo con cure insufficienti, o quando nell'ambiente familiare ci sono carenze affettive massicce. Dopo una fase di pianto, seguono condotte di ritiro, di indifferenza, una perdita di contatto con l'esterno e uno stato globale prossimo a una condizione vegetativa.

Degli stessi anni le ricerche di John Bowlby (7) sulle conseguenze della rottura dei legami di attaccamento con la figura materna. Confrontando ciò che succede ai neonati e quanto rilevano gli studi etologici, Bowlby nota che le manifestazioni di *disperazione*, che si esprimono con un rifiuto di alimentarsi e di vestirsi, insorgono dopo una prima fase di *protesta* in cui il bambino è inconsolabile e cerca ovunque i genitori. La fase ancora successiva è quella del *distacco*, in cui il bambino riesce a riannodare i legami con chi si occupa di lui, apparentemente rassegnato alla perdita. La preminenza assoluta che Bowlby dà agli eventi reali e ai comportamenti visibili, omettendo la considerazione di quanto avviene

1. Di tutto ciò danno un'ampia panoramica i lavori di Penot B.(1, 2), di Arbisio C. (3), e il libro ricco di contributi di Lanzi G., Aliprandi M.T. et al. (4).

2. Spitz R. (6) p.313 mutua il termine "anaclitico" da Freud, che parla di scelta dell'oggetto d'amore "per appoggio o anacritica".

nel mondo interno del bambino, ha esposto a molte critiche la sua teoria. Che peraltro segnerà un punto importante di riferimento per lo studio successivo della psicopatologia depressiva infantile.

Questi studi mettono in evidenza le gravi conseguenze di una assenza prolungata della madre in un tempo della vita in cui il neonato non ha ancora acquisito la capacità di una rappresentazione stabile e globale della figura materna. Si aprono nuovi campi di ricerca sullo sviluppo emozionale primario e sul funzionamento infantile precoce. A cominciare dagli apporti di Donald Winnicott, che negli stessi anni comincia a lavorare come pediatra e psicoanalista negli ospedali di Londra. Forse, afferma Winnicott, nel bambino si può parlare di percezione di una *non presenza* materna più che di una *assenza*, o meglio di un'esperienza di assenza delle condizioni di contenimento e cure primarie che permettono la costituzione di un sentimento di sé.

Non ci si sta riferendo solo alle deprivazioni concrete del tempo di guerra, ma anche a situazioni come quelle poi descritte da André Green (8). Quando c'è un disinvestimento affettivo da parte della madre, ossia una "madre morta", avviene una identificazione del bambino al funzionamento depressivo di lei e all'oggetto del suo lutto.

A scuola dai bambini

La mia riflessione sulla depressione infantile ha preso il via molti anni fa da alcune situazioni cliniche che mi hanno particolarmente toccata e coinvolta (9-11). In alcuni casi, limitarsi a una diagnosi di autismo o di "tratti autistici" non portava molto lontano, rischiava di imprigionare ancora di più quei bambini nelle loro difficoltà e di non aiutarli a utilizzare potenzialità che pure si intravedevano. Altri, un pò più grandi, riuscivano a esprimere con più chiarezza un vissuto depressivo molto vicino a quello che gli adulti mettono più compiutamente in parola. Mi limito a brevi flash.

Ludovico viene in psicoterapia a cinque anni e mezzo. Fino a tre era stato un bambino mutacico, molto ritirato in se stesso. Da un anno e mezzo, il linguaggio si era sbloccato ma era esplosa una artrite reumatoide che richiedeva cure massicce e continui interventi sulle articolazioni per alleviare il gonfiore. Stava per cominciare la prima elementare e i genitori si preoccupavano perché aveva dei "vuoti" mentali, non riusciva a costruire un discorso, si "perdeva mentalmente".

Nei primi periodi a volte Ludovico entrava, si sdraiava sul divano, diceva al massimo: "Non ce la faccio più..." e si metteva a dormire. Se osavo qualche parola mi urlava di stare zitta, quasi fosse toccato su una ferita viva. Un sonno innaturale, pesante, come uno sprofondare chissà dove. Poi, quando già la seduta volgeva quasi al termine, prendeva silenziosamente gli oggetti di gioco, cominciava a coinvolgermi e il lasciarci diventava drammatico: non voleva andarsene, come se uscire da quello spazio-tempo fosse un nuo-

vo cadere chissà dove.

Altre volte si aggirava per la stanza come un'anima in pena. Raccogliere le forze per iniziare un gioco pareva una fatica insopportabile. Altre ancora raccontava le paure che aveva quando andava all'ospedale per le cure, la rabbia per le gambe gonfie e per non poter correre come gli altri.

Fin dai primi mesi di vita, secondo i genitori era stato un bambino "pigro, svogliato, poco vitale". Distinguere cosa appartenesse al corpo e cosa alla psiche, se la precoce chiusura nel mutismo segnalasse già la presenza pur latente della malattia, o se il corpo fosse venuto "dopo", partecipando a una tacita disperazione quasi nata con lui..., credo sia non solo impossibile ma anche inutile. Scriveva Freud (12):

"In certi stati psichici chiamati "affetti" la partecipazione del corpo è così evidente...Gli affetti nel senso più stretto sono caratterizzati da un rapporto del tutto particolare con i processi somatici, ma a rigore tutti gli stati psichici, anche quelli che siamo abituati a considerare "processi di pensiero" sono in certa misura "affettivi" e non uno di essi è privo di espressioni somatiche e della capacità di modificare i processi somatici..".

Fu il primo caso in cui lavorai soprattutto sugli affetti melanconici che pervadono il transfert nella relazione analitica.

Delia arrivò in psicoterapia a quattro anni, dopo un lungo peregrinare per visite specialistiche, tanto laboriose quanto inconcludenti, volte ad appurare allergie e deficit sensoriali o intellettivi. Tutto con esito negativo. Il suo linguaggio, però, era quasi incomprensibile, mangiava esclusivamente cibi semiliquidi come nel primo anno di vita, riempiva fogli su fogli di segni e di buchi. Restava a lungo "persa" in un mondo tutto suo.

Dopo più di un anno, quando già il linguaggio si era avviato e si erano messi in moto cambiamenti importanti, fece un gioco molto significativo.

Tenendo una bambolina per i lunghi capelli, Delia cominciava a "volare" in giro per la stanza, salendo sopra le sedie, arrampicandosi verso la finestra, guardando insistentemente fuori come per oltrepassarla. Nel volo esprimeva il terrore di precipitare ed era molto colpita dal mio seguirla, condividendo l'ebbrezza del volo ma cercando anche di prevenire e proteggere le possibili cadute.

Capii dalle poche parole che diceva, che stava parlando di Wendy, Peter Pan e "i bimbi perduti".

I genitori mi confermarono che guardava continuamente il cartone, segno che vi stava trovando risonanze profonde.

Sull'onda del suo gioco, cominciai a pensare che la storia di Peter Pan, che rispecchia il dramma dell'autore James M. Barrie, potesse essere una straordinaria metafora di quello stato melanconico complesso e misterioso che i grandi maestri della psicoanalisi hanno cercato di esplorare. La famosa isola-che-non-c'è, rifugio di Peter e dei bimbi perduti,

rende bene l'idea di quel misterioso stato psichico fuori del tempo e dello spazio in cui sembrano "perduti" i bambini depressi, e in cui si sono rifugiati perché nel legame vitale della relazione con la madre è avvenuto molto precocemente un cedimento, un collasso, una smagliatura di cui nulla possiamo sapere³.

Era anche lo stato di Tommaso, un bambino di nove anni così piccolo e fragile da dimostrarne cinque, con problemi di apprendimento e la mente piena di costruzioni fantasiose per giustificare incomprensibili colpe. Nella prima seduta di consultazione disegnò se stesso come un manichino rigido e immobile davanti a una edicola di giornali, vuota. "Ero andato a comprare un fumetto, disse, ma ho aspettato per niente. Non è venuto nessuno". Pensai che aveva trovato un'immagine straordinaria per dirmi come si sentiva, insieme a una domanda angosciata su cosa avremmo potuto fare insieme. Era stato concepito dopo un aborto traumatico a gravidanza avanzata, e a tre mesi la madre era sparita improvvisamente e a lungo per un ricovero d'urgenza e cure molto pesanti.

"Io sono un perdente, sono sempre perdente", continuava a ripetere parlando apparentemente del calcio. Cosa condensava in quell'espressione così pregnante?

Giovanna, una bambina di dieci anni, per mesi non ha toccato la scatola dei giochi, parlando con dolore e molto risentimento solo di ferite, tagli, cadute, infezioni, pronto soccorso. O di compagni di scuola e fratelli "rumorosi e scalcianti", per cui lei si isolava e si sentiva incompresa da tutti. Diceva di star bene solo quando era immobile, sul divano. In quei momenti avrebbe desiderato che in casa non ci fosse nessun rumore, che tutto fosse "di pietra". "Ma neanche questo mi fa stare bene, concludeva. Mi viene il terrore di morire, cerco gli altri, ma dicono che sono paurosa, lamentosa e mai contenta. Li odio". I genitori non avevano chiesto la consultazione per questi stati e comportamenti, ma perché ad essi seguivano altri momenti di rabbia incontenibile.

Sono bambini che comunicano un doloroso sentimento di irraggiungibilità. È un sentimento molto particolare, perché non si sottraggono alla relazione, anzi sembrano molto desiderosi di essere accolti e ascoltati, anche quando dicono di annoiarsi. Ma è come se ci fosse in loro qualcosa di spento. E si potesse stare insieme solo condividendo lo stato di freddo e di oscurità che ne consegue.

Viene in mente Leopardi: "Prima di avere amato ho perduto la capacità di amare".

Melanconie

Penso, su un diverso registro, soprattutto a Freud (13).

"La melanconia - scrive - è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scora-

3. Cfr. Alginì M.L., (10-11), dove ho utilizzato specificamente la storia di Peter Pan per esplicitare forme e momenti della depressione dei bambini.

mento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvillimento del sentimento di sé che si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione"⁴.

Impossibile addentrarci in quel filone della psicoanalisi che si è occupato della depressione dei bambini senza richiamare le basi da cui tutto è partito.

Freud fin dal 1895 (14), usando il termine antico *melanconia*, la definisce "un lutto per una perdita nella vita pulsionale"⁵ e poi in *Lutto e melanconia* si interroga su cosa differenzi questi due stati così simili e così diversi.

Nel lutto una persona amata, parte costitutiva di sé, viene perduta per sempre. Ciò innescia il "lavoro del lutto"⁶, ossia un processo psichico lungo e complesso teso a far convivere psichicamente *l'assenza* della persona amata dalla realtà esterna e la sua *presenza* che resta attiva nella realtà interna.

Nella melanconia, invece, c'è "*una perdita oggettuale sottratta alla coscienza*", dunque totalmente inconscia, inspiegabile e inconoscibile. Il melanconico non sa né cosa sia andato perduto né quando né come. Non ci può dunque essere un "lavoro" elaborativo come nel lutto. Freud abbozza un'ipotesi sulla genesi.

All'inizio della vita "*l'investimento oggettuale si dimostrò scarsamente resistente e fu sospeso*, scrive"⁷. Potremmo dire: il legame madre-bambino ha conosciuto precocemente delle difficoltà inconscie che lo hanno reso fragile e discontinuo. La metafora di Peter Pan che dopo sette giorni di vita "vola via" mi pare lo renda bene.

Poiché in quel primissimo tempo è in atto il movimento di integrazione e di formazione dell'Io, quale capacità di mediazione tra mondo interno ed esterno, l'esito di questo crollo è "la perdita dell'oggetto e di una parte del soggetto". L'Io resta fragile, incapace di governare "l'agonia primitiva" che ne consegue, per usare i termini poi lavorati da Winnicott. L'esito è la situazione melanconica, in cui, per far fronte all'esperienza della perdita, l'Io in fase di formazione tende a identificarsi con l'oggetto d'amore perduto, da cui si sente abbandonato. L'oggetto d'amore primario è come un'ombra che è sempre lì e non è mai lì. Il logorio interiore non ha fine.

Nel 1923 Freud (15) svilupperà ulteriormente questa ipotesi collocando la melanconia tra le nevrosi narcisistiche, ipotizzando siano caratterizzate da un conflitto tra un Io rimasto debole che si identifica con l'oggetto perduto e "un SuperIo ultrapotente che si è accaparrato la coscienza e infuria violentemente e senza pietà contro l'Io".

In *Inibizione, sintomo, angoscia* (16) segue un'altra via per arrivare "a capire l'inibizione

4. Freud S. (13) p.103.

5. Freud S. (14) p. 29.

6. Freud (13) usa il termine *Trauerarbeit*, lavoro del lutto, analogo al *Traumarbeit*, lavoro del sogno per sottolineare la complessità dei processi psichici in azione.

7. Freud S. (13) p.108.

generale che caratterizza gli stati depressivi, compreso il più grave tra essi: la melanconia”⁸. Stabilisce cioè la correlazione tra l’angoscia di separazione, il dolore e il lutto partendo da una prospettiva genetica. L’angoscia nel bambino piccolo nasce come reazione alla percezione dell’assenza della persona amata indispensabile per vivere, e al pericolo che ne deriva. Questa angoscia di separazione ha valore di prototipo ed è alla base delle situazioni di melanconia.

Nel periodo in cui Freud elabora il suo pensiero ferve un ampio dibattito sull’argomento, documentato anche nel carteggio tra lui e Karl Abraham, uno dei primi psicoanalisti che dapprima lavora a Zurigo con Bleuler e Jung, e sarà poi direttore del Policlinico di Berlino. È l’epoca in cui appaiono i grandi trattati di psichiatria e Kraepelin formalizza il suo pensiero su una sindrome in cui il fattore affettivo è in primo piano rispetto a quello ideativo, e la definisce *folia maniaco-depressiva*. Si discute se si possa parlare di un’unica malattia, la psicosi maniaco-depressiva, o se non vadano distinte altre forme classificabili nell’ambito della nevrosi, e, ancora, se esse siano endogene o reattive.

Abraham nel suo lavoro del 1912 (17) utilizza le categorie diagnostiche di Kraepelin anche perché impegnato a far penetrare nell’ambito medico-psichiatrico le idee della psicoanalisi e a mostrarne la fecondità. Ma dichiara di aver poco da dire sulla *depressione nevrotica* per chi già conosca le idee freudiane del 1895 sull’argomento, e aggiunge che “l’affetto depressivo nell’ambito delle psicosi attende invece una ricerca ancora più precisa”. Anche negli scritti successivi sembra puntare l’attenzione sul *versante psicotico* del disturbo.

Si mette già dunque a fuoco un panorama complesso, in cui c’è da differenziare, non da generalizzare.

Melanie Klein, nel suo lavoro pionieristico di psicoanalista infantile, riprende le teorizzazioni di Karl Abraham sul versante psicotico del disturbo. Mette l’accento sull’angoscia primaria che si scatena al momento della separazione della nascita (18-19). È una angoscia di morte con una qualità persecutoria, che innesca una molteplicità di meccanismi primitivi di difesa, quali la scissione, il diniego, l’identificazione proiettiva, il trionfo, l’onnipotenza. Alla radice dell’angoscia non ci sarebbe solo il terrore di perdere l’oggetto d’amore da cui si dipende, ma l’impotenza di fronte alle proprie interiori spinte aggressive che lo attaccano e al dolore che ne deriva.

Quando con la maturazione della crescita si arriva a percepire la madre come persona intera, all’angoscia persecutoria segue l’angoscia depressiva, pervasa dalla colpa di averla distrutta con la propria aggressività. Ciò può dare il via a processi riparativi e all’acquisizione che l’oggetto d’amore possa essere ricreato e ritrovato, oppure a un blocco regressivo in cui si resta imprigionati.

La patologia maniaco-depressiva, nei bambini come negli adulti, deriva, secondo l’autrice

8. Freud S. (16) p.240.

da una impossibilità di accedere e superare la *posizione depressiva*, permanendo in una continua oscillazione tra l'attacco e difese di tipo maniacale e stati di disperazione e colpa per l'oggetto distrutto e perduto.

Sono idee che ritornano ma anche si trasformano nell'elaborazione che ne fa Donald Winnicott nel lavoro di pediatra-psicoanalista.

Sulla depressione egli propone una scala (20): "Ad un estremo c'è la melanconia, all'altro estremo la depressione intesa come la condizione che è comune a tutti gli esseri umani integrati.... Ci sono i melanconici che si addossano la responsabilità di tutti i mali del mondo ... mentre all'altro estremo ci sono le persone veramente responsabili che accettano il dato reale del loro odio, della loro cattiveria, della loro crudeltà, e questi aspetti coesistono con la loro capacità di amare e costruire. A volte la sensazione di essere orribili ci avvilisce. Se guardiamo la depressione da questo punto di vista, vediamo che sono le persone veramente valide che si deprimono..."⁹.

Per "persone veramente valide" Winnicott intende chi ha raggiunto uno "stato di unità", ossia ha avuto un holding materno sufficientemente buono per poter integrare spinte distruttive e costruttive e "insediare la psiche nel corpo".

In tanti casi la vicissitudine è diversa. Per lottare contro la disorganizzazione il neonato cerca di ritornare a una forma di narcisismo primario, ossia di ripiegamento su se stesso per ritrovare la forza vitale necessaria all'autoconservazione. Quando manca un "ambiente materno" e l'abbandono è precoce e totale, il bambino sembra incapace di investire perfino il suo corpo con un'attività autoerotica essenziale come il succhiare. Ne deriva una *non integrazione* o, successivamente, una *disintegrazione* di sé. In tal senso si capisce la pertinenza del termine *depressione*, come "caduta di pressione" delle pulsioni di vita che nascono dal corpo stesso.

Winnicott usa il concetto di *depressione primaria* per descrivere uno stato psico-somatico intriso di sensazioni e fantasie di perdita, devitalizzazione e incomunicabilità, uno stato di "agonie primitive" intendendo per agonie non l'angoscia ma "il sentimento di cadere per sempre". È una condizione di non integrazione, ossia l'interruzione di un *movimento in statu nascendi*: la scomparsa dell'oggetto implica la scomparsa del soggetto, nel senso che esso non trova più le condizioni per integrarsi e costituirsi.

Sono concetti poi molto usati da Frances Tustin (21) nella sua riflessione sull'esperienza con i bambini autistici, che evidenziano al massimo grado una condizione di vuoto interno disperante. Secondo l'autrice la perdita dell'unione con la madre è **sperimentata** essenzialmente come perdita di una parte del corpo, sentita come rotta, andata via, e associata a sentimenti di terrore, impotenza, mancanza di difesa e genera così devitalizza-

9. Winnicott D.W. (20) p. 73.

zione, incomunicabilità, un sentimento di perdita “dell’umano”¹⁰.

Winnicott situa il territorio indicato dalla parola depressione “*tra*” le nevrosi e le psicosi, intendendo, come Wilfred Bion, che nel soggetto stati nevrotici e psicotici sono entrambi presenti, e che funzioni dell’assetto interno riescono a preservarsi e convivono con altre chiaramente patologiche.

L’autore, ad esempio, segnala come clinicamente la *depressione primaria* si possa manifestare attraverso sintomatologie miste, che non mostrano in atto un crollo ma lasciano intuire la *paura del crollo* (23). Si intravede cioè come per un “crollo già avvenuto” si siano impiegate difese di tipo nevrotico, per cui la persona sembra funzionare ma la disorganizzazione è sempre dietro l’angolo. Le difese nevrotiche evidenziano e contemporaneamente occultano, soprattutto nell’adolescenza, il rischio del break down evolutivo.

Stati o strutture depressive?

Nella clinica ci troviamo dunque di fronte al difficile compito di individuare i segnali di sofferenza lanciati dal bambino, di farne una valutazione diagnostica e di proporre gli interventi di cura adeguati.

Il primo passo sta nella capacità dei genitori di uscire dalla concretezza dei sintomi, dal “crescendo tutto passa”, dall’ “anche noi eravamo così”, dai facili consigli, dal miracolismo dei farmaci, per affrontare la paura di soccorrere un figlio che non ha altro linguaggio per dire il suo malessere che creare in famiglia altro malessere.

Il secondo passo è una consultazione psicologica, per valutare se si tratta di *stati depressivi transitori* legati alla crescita o di segnali di difficoltà per le quali bambino e genitori non hanno risorse sufficienti.

La valutazione, in un’ottica psicoanalitica, non si esaurisce in qualche breve incontro con somministrazione di test e osservazioni del comportamento. La consultazione diagnostica, secondo il senso greco della parola *dia-gnosi*, *conoscenza attraverso*, è un’esperienza particolare in cui psicoterapeuta, bambino e genitori cercano di raccogliere e conoscere il messaggio offerto da sintomi che portano in luce difficoltà intrapsichiche e relazionali. Oltre alla storia del bambino, all’intensità e la durata dei sintomi, all’individuazione dell’entità e la qualità delle difese che il bambino mette in atto per *lottare contro* gli stati di angoscia, è fondamentale osservare il modo in cui i genitori accolgono i sintomi del figlio. Cioè come li vivono, se possono riconoscere di averne una qualche implicazione attiva, se danno sempre la colpa alla scuola o a eventi esterni, se accettano di coinvolgersi in un processo di cambiamento o se delegano agli interventi di cura una soluzione sperata come magica.

Poiché, come dicevo all’inizio, l’oscillazione depressiva fa parte di ogni funzionamento

10. Cfr. anche Lugones M. (22)

psichico e della stessa maturazione emozionale, per ogni patologia si potrebbe diagnosticare la presenza di uno stato depressivo. Ma qualificare tutto come *depressione*, significa ignorare l'enorme "lavoro" che quel sistema psichico ha compiuto per strutturare un sintomo invece di un altro. Ogni sintomo usa vie psichiche o somatiche specifiche e dà vita a differenti patologie: una fobia scolare o una inibizione intellettiva oppure un disturbo alimentare o un'iperattività possono certamente avere radici in uno stato depressivo, ma ad ogni forma patologica corrisponde un funzionamento intrapsichico e relazionale profondamente diverso. Le vie specifiche ci aiutano a individuarlo.

Come orientarsi dunque nella valutazione psicodiagnostica?

Mi pare interessante il pensiero di Palacio-Espasa¹¹ (24) che offre alcune direttrici di fondo utili anche nella "tecnica" della psicoterapia.

Descrivendo diversi gradienti della problematica depressiva, egli propone che l'esperienza interna della perdita possa essere psichicamente contrastata dal soggetto in modi che chiama di conflittualità parapsicotica, paranevrotica, paradepressiva, dove il prefisso "para" sta a significare "nei dintorni di".

Nella prima forma, *parapsicotica*, c'è un Io immaturo che fa ricorso a difese arcaiche, come il diniego e la scissione, e oscilla continuamente tra maniacalità, tirannia, onnipotenza, oppositività e cadute depressive; in quella *paranevrotica* l'Io dispone di risorse più ampie, e mette in atto la rimozione, lo spostamento, le formazioni reattive, conservando quindi varie aree funzionanti; nella terza, *paradepressiva*, prevarrebbero la rimozione di ogni forma di aggressività e le difese di tipo masochistico.

Sono queste ultime forme di difesa che credo mettano sulle tracce di una *struttura depressiva*. In bambini di questo tipo ritroviamo una grande povertà immaginativa, l'inibizione di capacità intellettive e di gioco, sentimenti di autosvalutazione e colpa per la propria inadeguatezza, fantasie di essere stati lesionati e irreparabilmente danneggiati da piccoli, a causa di cadute o incidenti. Sembrano spesso oscillare tra momenti in cui si rifugiano nel proprio mondo e sembrano irraggiungibili e altri in cui cercano di mostrarsi capaci e bravi a oltranza, con il sentimento penoso di non riuscire mai a essere come *dovrebbero* e *vorrebbero*. Questo tipo di sofferenza infantile si presta particolarmente a essere non vista o svalutata, per l'angoscia e l'impotenza che genera in noi adulti. Avviene quello che succede anche nei lutti precoci, pur molto diversi perché là c'è la perdita *reale* del genitore¹².

In quei casi, si fa di tutto per non parlare di chi è morto, nell'idea che questo serva ad attenuare il dolore, a digerirlo meglio, a proteggere dai ricordi e dalle nostalgie, a dimenticare in fretta. Come se la morte di un papà o di una mamma non fosse un sisma che sovverte la vita. Così si lasciano i bambini in una grande solitudine emotiva, costringen-

11. Palacio-Espasa è psichiatra e psicoanalista e dirige il servizio di psichiatria del bambino e dell'adolescente dell'Ospedale di Ginevra.

12. Vale anche in questo caso la differenza e l'analogia proposte da Freud in *Lutto e melanconia*.

doli ad adottare misure psichiche ancora più drastiche per far fronte all'accaduto.

Stare con i bambini nel dolore del lutto o negli stati melanconici ci spaventa profondamente, perché essi rispecchiano e concretizzano i fantasmi più spaventosi che ci portiamo dentro dall'infanzia. Ossia la paura di perdere quanto abbiamo di più caro al mondo, e che, in fantasia, ciò avvenga per le nostre colpe, rabbie, rivalità (25-26).

Quali interventi

Come far ritrovare o aprire ai bambini propriamente "depressi" vie verso la vitalità, invece che stabilizzarsi nelle paludi melanconiche?

Nell'infanzia, pur segnata da questo rischio, ci sono potenzialità e risorse come in nessun altro tempo della vita. Questo mi sembra un elemento che differenzia profondamente la depressione dei bambini da quella degli adulti. Purché, però, le risorse si attivino e si usino. C'è bisogno di lavorare molto anche con gli adulti di riferimento del bambino per sfuggire alla tentazione di cercare continue soluzioni attraverso il "fare", di escogitare sempre nuove cure, cambiare scuole e insegnanti, dare la colpa a quanto e a chi sta *fuori*, mentre il cuore del problema sta *dentro*. Oppure dire continuamente al bambino che *dovrebbe o potrebbe* reagire, attivarsi, ridimensionarsi, acuendo così il suo sentimento di incapacità e di autosvalutazione. O, ancora, pensare sia sufficiente dare molto amore per ritrovare l'ancoramento e la passione del vivere.

L'enigma della melanconia non è riducibile a carenze genitoriali visibili e concrete, che pure possono esserci, nei primi anni di vita. Il "crollo" melanconico si colloca a livello inconscio, può esistere in concomitanza di carenze ma anche là dove, dall'esterno, tutto sembra aver funzionato.

Questo per sottolineare, ancora una volta, la complessità dei tanti fattori inconsci in gioco: cos'è quel figlio per quei genitori, il tipo di legame della coppia, il bagaglio inconscio che i genitori hanno ricevuto in eredità dai propri genitori, le vicissitudini di gravidanza e parto, il mistero di un corpo e della sua costituzione genetica in cui, attraverso una molteplicità di esperienze fisiche e affettive, si insedia quella che chiamiamo psiche.

In altri termini, l'enigma della melanconia ci mette di fronte alle valenze insondabili di ogni relazione affettiva, al di là delle buone intenzioni coscienti.

Nell'ottica seguita in questo lavoro, intendo sostenere che i bambini propriamente "depressi" esistono e che possono però trarre grande aiuto dall'intervento psicoterapeutico, comprendente quello individuale del bambino, quello parallelo dei genitori, e momenti di raccordo con la scuola.

Non posso entrare in dettagli, solo segnalare alcune direzioni di fondo, anche perché non c'è mai una depressione uguale a un'altra. Nella relazione analitica, sia con il bambino che con i genitori, non si tratta di interpretare vuoti o perdite incolmabili, né tanto meno prefiggersi di "supplire" a mancanze profonde.

Si tratta piuttosto di lavorare psicoanaliticamente per essere *compagni di solitudine*, come propongo per i bambini quando muoiono i genitori. Cioè costruire pazientemente una rete di *condivisione*, fatta dei pensieri e sentimenti che gravitano attorno a una perdita profonda, sconosciuta e conosciuta a un tempo, affettiva e sensoriale, che i bambini sanno esprimere molto efficacemente attraverso giochi, disegni, parole. Condivisione che consente, di poter tollerare il dubbio continuo su di sé, facendo crescere capacità immaginarie e simboliche che danno significato e sostegno ad affetti ed emozioni impensabili. Si capisce come ciò convochi anche lo psicoterapeuta psicoanalitico a un enorme lavoro su di sé.

Ho citato Giacomo Leopardi e James M. Barrie, ma la storia della creatività è fatta dalla moltitudine di coloro che hanno potuto attingere alla sorgente delle loro perdite. Penso anche a Rainer M. Rilke, il poeta costretto dalla madre nell'infanzia a vestirsi e a vivere come una bambina per sostituire la sorella morta prima che lui nascesse. "Bisogna salvarsi, commenta in una lettera, io l'ho fatto con la poesia".

"L'ombra dell'oggetto cadde sull'io" è la straordinaria sintesi di Freud sulle vicissitudini nella melanconia. Non a caso ha ripreso il termine che nella Grecia antica non designava solo una "malattia degli affetti", ma anche una dimensione "naturale" della psiche: la melanconia era la caratteristica dell'uomo di genio.

Il soggetto melanconico sarà per sempre indistinguibile dalla sua "ombra".

Il riappropriarsene per poterla usare creativamente e non esserne solo oscurati e sopraffatti, credo sia la difficile posta in gioco dell'esperienza psicoanalitica con i bambini depressi.

BIBLIOGRAFIA

1. Penot B. Contributions à l'étude des dépressions infantiles. *Psychiatr. Enfant*. 1971; 16 (2): 301-380.
2. Penot B. La depressione nel bambino. In: Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Volume 2. Roma: Edizioni Borla: 1990. 313-324.
3. Arbisio C. Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychol. clinique et projective*. 2003; 9(1): 29-58.
4. Lanzi G., Aliprandi M.T. et al. La depressione nel bambino e nell'adolescente. Roma: Armando: 1994.
5. Freud A., Burlingham D. Bambini senza famiglia. Volume 1. Torino: Bollati Boringhieri: 1943.
6. Spitz R. Anaclitic depression. *Psychoanal. Study Child*, 1946; 2: 313-342.
7. Bowlby J. Attaccamento e Perdita. 3 volumi. Torino: Bollati Boringhieri: 1975.
8. Green A. Narcisismo di vita, narcisismo di morte. 1966. Roma: Borla: 1985.
9. Algini M.L. La depressione nei bambini. Roma: Borla: 1997.
10. Algini M.L. L'isola-che-non-c'è: sulla melanconia di bambini e adolescenti. Richard e Piggie. 2005; 13(3): 266-278
11. Algini M.L. Una malattia degli affetti. Sulla depressione nei bambini. In: Quagliata E. Il corpo del bambino e i suoi segnali. Roma: Astrolabio: 2013: 117-139.
12. Freud S. Trattamento psichico o trattamento dell'anima. 1890. Volume 1. Torino: Bollati Boringhieri.

13. Freud S. Lutto e Melanconia. 1890. Volume 8. Torino: Bollati Boringhieri;
14. Freud S. Minuta G. 1895. Volume 2: Torino: Bollati Boringhieri.
15. Freud S. L'Io e l'Es. 1923, Volume 9. Torino: Bollati Boringhieri.
16. Freud S. Inibizione, sintomo, angoscia. 1925. Volume 10. Torino: Bollati Boringhieri.
17. Abraham K. Nota per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e di stati affini. 1912. Volume 1. Torino: Bollati Boringhieri.
18. Klein M. Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. 1935. In: Klein M. Scritti. Torino: Bollati Boringhieri. 1978:297-325.
19. Klein M. Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi. 1940. In: Klein M. Scritti. Torino: Bollati Boringhieri: 1978. 326-354.
20. Winnicott D.W. Gli effetti sulla famiglia della malattia depressiva in uno o in ambedue i genitori. 1968. In: Winnicott D.W. La famiglia e lo sviluppo dell'individuo. Roma: Armando: 1975.71-83.
21. Tustin F. Autismo e psicosi infantili. 1972. Roma: Armando:1975.
22. Lugones M. Depressione primaria e recupero di tracce sensoriali. In: Tabanelli L., Rocchetto F. Buio dentro. Milano: Franco Angeli: 2008. 90-96.
23. Winnicott D.W. La paura del crollo. 1963. In: Winnicott D.W. Esplorazioni psicoanalitiche. Milano: Raffaello Cortina: 1995. 105-114.
24. Palacio-Espasa F. Depressione di vita, depressione di morte. 2003. Milano: Raffaello Cortina: 2004.
25. Alginì M.L. Il fuoco e la crisalide. Sui bambini e la "realità" della morte. Notes psicoanal. 2013; 1(1): 81-95.
26. Alginì M.L. Le ferite invisibili. Sui bambini e la morte dei genitori. Torino: Robin: 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno