

PROF. I.I. LOPEZ IBOR

*Direttore della Clinica psichiatrica dell'Università di Madrid*

*Prof. I.I. Lopez Ibor -- Direttore della Clinica psichiatrica dell'Università di Madrid.*

LE DEPRESSIONI PER SRADICAMENTO

*La nozione dell'essere sradicati si fatto di emigrare, di cambiare di luogo di residenza, ed attualmente presentano due aspetti: la perdita del contatto con il luogo di riferimento.*

*M-FU - Fundación*

LE DEPRESSIONI PER SRADICAMENTO

Signatura: C04\_148

Digitizado:  
validado:

Fecha  
Fecha:

*logia e di mon-  
pla di riferenza.  
gna della lingua  
proprio in que-  
ra non. La no-  
zione per-  
sistibile del*

Estratto dagli Atti del Convegno internazionale di studio su

IMMIGRAZIONE, LAVORO E PATOLOGIA MENTALE

*Il primo problema che si pone è quello di definire il concetto di sradicamento. Si tratta di un fenomeno che si verifica quando l'individuo si allontana dal suo ambiente di riferimento, perdendo così il contatto con il luogo di origine e con le persone che lo circondano.*

*Ciò che più importa è che il sradicamento non è il solo fattore di stress prodotto dall'immigrazione. Si può produrre un mal di trasferimento da parte del migrante stesso. Nel nostro servizio psichiatrico (Hospital Psiquiátrico de Madrid) si registrano con frequenza questi disturbi, che vengono a scriverli i medici. Si tratta spesso di persone del passato, in altri casi esiste una leggera depressione ciclotale, queste due condizioni non sono però per nulla i soli fattori determinanti del quadro. Nel caso degli studenti non si dà in nessun caso.*

MILANO, 23-24 MARZO 1963

Sala dei Congressi della Provincia - Via Corridoni, 16



PROF. I.I. LOPEZ IBOR — *Direttore della Clinica psichiatrica dell'Università di Madrid.*

## LE DEPRESSIONI PER SRADICAMENTO

Le reazioni dell'essere umano davanti al fatto di emigrare, di cambiare di di luogo di residenza abituale, può schematicamente presentare due aspetti: la depressione astenico-ipocondriaca o il delirio di referenza.

Il fatto che la reazione segua o l'uno o l'altro di questi cammini influisce certamente sulla personalità stessa dell'ammalato, ma intervengono pure, in modo decisivo, altri fattori che dipendono dall'ambiente medio.

Con frequenza, quando il soggetto emigra in un paese di lingua e di mentalità a lui sconosciuti, la reazione si presenta nel senso del delirio di referenza. Psichiatri classici descrissero già una forma paranoide per ignoranza della lingua del luogo dove si abita. I meccanismi psicopatologici che intervengono in questo fatto sarebbero analoghi a quelli causati dalla paranoia dei sordi. La moderna psicopatologia è molto più fina ed evita l'impiego di « reazione paranoide » per definire questi quadri, probabilmente, perchè accettando tale designazione si presuppone, a sua volta, l'accettazione di una costituzione previa — costituzione paranoide — che serve di base a tali quadri clinici. Essa preferisce, dunque, in questi casi, parlare di delirio sensitivo di referenza. (« *Sensitive Beziehungswahn* » di K. SCHNEIDER e KRETSCHMER). Ho visto sorgere con frequenza questi quadri clinici in un modo acuto o pseudoacuto in studenti che si recano in Inghilterra a studiare l'inglese. E' curioso che questo lo abbia appena costatato in coloro che si recano in altri paesi.

Ciò che più conta soprattutto nell'apparizione del quadro clinico è il senso di stranezza prodotto dall'ambiente. Lo stesso fenomeno si può produrre nei casi di trasferimento da una località di campagna in città. Nei nostri servizi sanitari notiamo con frequenza questi casi tra le ragazze che vengono a servire in città. Si tratta spesso di personalità primitive, in altri casi esiste una leggera debolezza mentale, queste due circostanze non sono però per nulla i soli fattori determinanti del quadro. Nel caso degli studenti non si dà in nessuno di essi. La struttura di referenza si basa su di una esperienza angustiosa primaria. L'uomo vive nel suo mondo. Le frontiere del mondo personale sono variabili. Se

si perdono le radici afferrate in lui, l'uomo è in preda dell'angoscia. Nell'angoscia c'è sempre un fallimento del sistema di referenze dell'uomo col suo mondo.

L'altro tipo di reazione è più frequente nei casi di immigrazione. Non esiste cambio di lingua, ma di ciò che noi potremmo chiamare « atmosfera vitale ». L'uomo si trova radicato nel suo focolare. Ciò che lo circonda, persone, cose, appartengono alla sua atmosfera personale. Non si deve dimenticare la situazione speciale dell'uomo come essere vivente. Secondo PORTMANN gli animali sono nidicoli o nidifughi, secondo le loro esigenze in relazione con le strutture biologiche dove nacquero (nido-madre). L'uomo partecipa dei due caratteri. Nel venire al mondo come essere incompiuto, con istinti imperfetti, ha bisogno della protezione dei parenti in grado superiore a quello delle altre specie. Ma questa stessa incompiutezza della sua vita istintiva suppone una apertura che gli permette di creare il suo proprio mondo. Questo grado di apertura varia molto secondo gli individui e le circostanze vitali e storiche di ciascuno.

Il fatto è che in alcuni casi il cambio del mondo abituale dà luogo ad una esperienza singolare che risulta patologica. Per alcuni è sufficiente cambiare di casa, per molti altri il cambio di città o il trasferirsi dalla campagna alla città. Finalmente in altri risulta traumatizzante solo il cambio di paese. Tutto dipende dalla maggiore o minore grandezza delle proprie frontiere vitali. Si dà pure nell'uomo il fenomeno contrario: il soggetto ha bisogno di cambiare perchè la permanenza nello stesso luogo lo imprigiona come lo spazio chiuso per il soggetto claustrofobico. KRAEPELIN parlava di clienti dell'Oriente (Orientkunde). All'avventuriero la noia di ciò che è abituale, pesa tanto come l'appetenza della novità.

In alcuni esseri umani, l'immigrazione mette in marcia i meccanismi psicologici e psicopatologici dello sradicamento. Ad ogni modo è curioso che attualmente i quadri clinici dello sradicamento siano di carattere astenico-ipocondriaco.. Tale quadro appare pure in molti emigrati, per esempio nei lavoratori italiani e spagnoli nel Belgio ed in Germania. La differenza di lingua e di mezzo è mitigata dalla presenza dei connazionali; questa presenza però non è sufficiente ed il soggetto accusa una incapacità per il lavoro e gli stessi tratti clinici che noi scopriamo nei casi d'immigrazione interna.

In Ispagna, come pure in altri paesi, si osserva una immigrazione dal campo alla città. L'elevazione del livello di vita, avviene a mano a mano che l'industrializzazione progredisce. Madrid, per esempio, che prima della guerra era una città poco industrializzata, si è trasformata in uno dei nuclei industriali del paese ed ha dato luogo ad una continua immigrazione, oltre naturalmente, la immigrazione naturale provocata dalle possibilità di migliorare nella scala amministrativa di una amministrazione centralizzata com'è quella spagnola dalla epoca dei primi Borboni. L'aumento del livello di vita suppone *un cambio nello stile di vita*, con aspetti positivi e negativi. Quello negativo consiste nella rot-

tura di ciò che l'antico ambiente familiare aveva di tradizionale e di protettore. Al posto di questa protezione, la società industrializzata ne fornisce un'altra più efficace dal punto di vista del rendimento, ma più arida nel suo aspetto vitale.

La nuova atmosfera vitale che l'immigrante trova nel suo nuovo posto nella fabbrica, nutre il suo sentimento vitale meno dell'antico. L'immigrazione segue una direzione da sud a nord. In Spagna le differenze dello stile di vita tra il nord ed il sud sono considerevoli, nonostante l'esistenza di un fattore nazionale.

Le reazioni depressive degli immigrati offrono i seguenti tratti clinici: si presentano, in generale, dopo un accidente d'apparenza banale, una grippe, un trauma fisico o psichico. Per esempio, l'insuccesso nel primo lavoro, dovuto alla mancanza di preparazione. Sembrava che questo avvenimento avesse una conseguenza genetica, ma non è così. L'accidente, cioè che fa è scoprire al soggetto — « renderlo cosciente » — qualche cosa che era latente in lui.

Siccome a partire dall'accidente iniziale l'ammalato sospende il lavoro e i pianti ipocondriaci si accompagnano ad uno stato generale buono, si osserva una curiosa reazione nel gruppo degli immigrati a cui appartiene. Il gruppo si separa da lui, lo isola. Questo fenomeno non è tanto frequente nei casi d'immigrazione, dato che questa si fa piuttosto individualmente che in gruppo. Non si tratta di un atteggiamento contro di lui, bensì di un disinteresse. Gli altri vanno al lavoro e l'ammalato si dedica a visitare consultori ed ospedali. Il quadro è di carattere ipocondriaco; però contrariamente ai quadri ipocondriaci che siamo soliti vedere, in cui il sintoma somatico o psicosomatico, palpitazioni, diarrea, dolori di testa, ecc. fissa l'ammalato (« ammalati legati al loro sintoma »), ciò che si osserva qui è l'apparizione di sintomi dopo uno sforzo. L'ammalato non può lavorare perchè gli viene dolore di testa, malessere, ecc. La vivenza ipocondriaca, ossia, quella della corporalità ammalata, si percepisce globalmente, in un modo primario ed immediato, come sentimento di insufficienza. In termini classici si parlerebbe di faticabilità o di astenia. L'ammalato non si sente nella maggior parte dei casi, triste, bensì insufficiente ed incapace.

Sono sempre più frequenti i casi di depressione e di timosi di carattere ipocondriaco. Questo fatto si può mettere in relazione con differente valutazione del corpo dell'uomo contemporaneo. Succede pure ciò che potremmo chiamare un processo di « secolarizzazione dell'esistenza ». Quando si vive l'esistenza di profondità appare con più frequenza il delirio di colpa, quando l'esistenza si vive piuttosto come esistenza corporale, prevalgono le elaborazioni ipocondriache. Quando si parla attualmente di civiltà del benessere, come caratteristica della nostra epoca, è necessario specificare che il benessere che si cerca è quello corporale, intendendo la parola corporale non nello stretto senso del corpo anatomico-fisiologico, ma come corporalità viva. La vita attuale è espansione e soddisfazione dell'uomo in quanto legato ad una corporalità. La prevalenza che si

concede oggi alle soddisfazioni istintive è evidente. La civiltà del benessere è qualunque cosa, fuorchè una civiltà ascetica.

Fino ad ora abbiamo parlato dell'apparizione di questi quadri in una determinata situazione; per conseguenza, come *sintomi reattivi*. Il loro colorito, la loro presenza in queste situazioni di sradicamento, ci inclinano ad ammettere questo punto di vista. Registriamo ora alcuni fatti che non possiamo passare sotto silenzio. Il primo è che si presentano solo in certi individui, dentro del gran gruppo degli immigrati. La loro apparizione non è troppo frequente. Non costituiscono un atteggiamento generale e non si presenta quello che potremmo chiamare « contagio psichico ». D'altra parte dobbiamo tenere in conto l'evoluzione stessa del quadro clinico. Queste depressioni ipocondriache diffuse conducono alle depressioni ipocondriache di stile classico. Al sentimento d'insufficienza o alla perdita di vitalità subentra una chiara depressione ipocondriaca con tutta la sua sintomatologia fiorita, con l'angoscia accompagnata ad ogni sintomo. In altri casi « il quadro si approfondisce » e si trasforma in una autentica depressione, con corso analogo a quello delle depressioni endogene. D'altra parte, è impossibile non riconoscere il fondo vitale del quadro stesso.

In questi ultimi tempi è stata descritta una serie di quadri clinici misti nei quali gli elementi endogeni e quelli reattivi sono intrinsecamente associati. WEITBRECHT descrisse le distemie endo-reattive, KIELHOLZ le depressioni per esaurimento, BÜRGER-PRINZ le depressioni per sradicamento, SCHULTE le depressioni per scarica, RUFFIN la depressione per mutamento, ecc.

Nelle descrizioni delle timosi e della timopatia ansiosa, quindici anni fa, chiamai io stesso l'attenzione sulla presentazione di questi quadri e di quelli che qualificai col nome di depressione cristallizzata.

Quando si analizza accuratamente ogni corso clinico la presenza di un fattore endogeno, pure nei quadri più apparentemente reattivi, è evidente. In primo luogo, alcune volte si scopre la loro natura fisica, dal fatto dell'esistenza di una fase precedente, in forma di depressione o di un disturbo psicosomatico. In secondo termine, la sintomatologia ruota sempre su una alterazione del tono vitale, espressa clinicamente dall'astenia, l'incapacità ed il resto dei sintomi che si appoggiano su un sottosuolo endotimico. La nuova situazione si attua come agente provocatore. Un dettaglio clinico ci mette sulla pista del fatto che, quantunque la sintomatologia sembri scatenarsi da un fatto fisico o psichico che avviene nella vita dell'ammalato, ciò nonostante essa si trovava già in incubazione. Uno dei miei ammalati aveva avuto una enuresi prolungata che poi era riapparsa per periodi di due o tre giorni ogni due o tre anni. Un mese prima che si producesse la sua depressione l'ammalato si sentì molesto per la riapparizione dell'enuresi, all'età di 30 anni, in un modo continuo, come non lo aveva sofferto così continuamente dall'infanzia.

Di fronte ad una alterazione del tono vitale il soggetto può adottare differenti

atteggiamenti, varietà di reazioni davanti alle depressioni o disgregolazioni dell'Io vitale che rende precisamente possibili una distanza tra l'io corporale o vitale e l'io psichico. Questo atteggiamento dipende da diversi fattori. Gli psicoanalisti parlano attualmente della forza dell'Io come gli psicologi di cinquant'anni fa parlavano della forza della volontà; ma l'impiego di queste immagini non chiarisce per nulla il problema perchè ignora questa distanza che si crea tra l'io vitale e l'io come istanza puramente psichica. Di fronte all'alterazione endotimica possono intervenire gli stessi atteggiamenti che si osserva nel caso di ogni malattia corporale: abbandono, difesa, rassegnazione, ecc. Esse dipendono dal progetto vitale di ognuno ed ogni individuo si trova a sua volta influenzato dalla mentalità collettiva. Ci troviamo in una fase storica, almeno in Occidente, in cui i mezzi personali si allentano. La struttura stessa dello Stato moderno e dei suoi nuovi strumenti di benessere collettivo come per esempio la sicurezza sociale, producono un cambio di atteggiamento di ogni individuo, di fronte alla contingenza della malattia, e dentro di questo capitolo, di fronte alla contingenza di una alterazione endogena della vitalità.

Il vecchio emigrante di altri tempi che attraversava l'Atlantico per far fortuna con la sua audacia ed il suo sforzo personale non ha nulla a che vedere con il tipo dell'immigrante che fugge dal campo e si avvicina alla città, non solo per poter avere degli stipendi migliori, ma pure per godere una maggior sicurezza e poter prender parte ai supposti banchetti della vita cittadina. Di qui che il livello di residenza di fronte a qualunque vibrazione interna sia come malattia somatica, sia come trastorno del tono vitale, si trovi diminuito. In alcuni casi questo atteggiamento è così evidente che fa sospettare ad una simulazione. Ora non è questo il caso, ma si tratta di esseri umani che si trovano situati nella traiettoria del minimo sforzo. Tutta la mentalità collettiva, lo stesso progresso della scienza porta l'uomo moderno a questo atteggiamento. Di qui che ora si presentino con più frequenza di prima questi quadri depressivi che testimoniano una intricata combinazione di fattori endogeni e reattivi.