"La disperazione non riguarda mai veramente l'oggetto esterno ma sempre e solo noi stessi... La perdita intollerabile non è mai veramente tale. Ciò che non possiamo tollerare è di essere spogliati dell'oggetto esterno. Rimaniamo nudi e vediamo l'insopportabile abisso di noi stessi". S. Kierkegaard (1849). La malattia mortale (cit. in Gaylin W. Il significato della disperazione).

Rileggendo "Lutto e Melanconia": riflessioni sul dolore e sul lavoro psichico nella clinica psicoanalitica

Paolo Coen Pirani

Vorrei innanzitutto preavvertirVi che quanto ho scritto non corrisponde con precisione al dettato del titolo della relazione e, francamente, non penso che dia tutto quello che il titolo promette.

Questo testo è piuttosto il risultato della mia personale reazione, da chiosatore, come ritengo di essere, al titolo stesso e consiste in sostanza in una stringata panoramica sulla storia del concetto psicoanalitico di depressione.

Storie su questo tema ne sono state già scritte molte e ritengo, per fare solo un esempio, che tra Voi sia piuttosto noto il libro di Gaylin, che circola da tempo in Italia con il titolo "Il significato della disperazione" e che contiene una panoramica di questo tipo, raccontata attraverso una scelta di testi pertinenti.

Quella che Vi propongo è una storia mia, per nulla esaustiva, nella quale presento e commento una limitata e idiosincrasica scelta di articoli sull'argomento. La mia presunzione tuttavia è quella di presentarVi qualcosa di più di una semplice elencazione di teorie giustapposte, scollegate o magari fra loro in reciproca contraddizione. Man mano che procedevo nelle mie letture e riletture ho creduto di poter individuare una linea di pensiero, relativa alla depressione, che è nata ancor prima di "Lutto e melanconia", segnatamente ad opera di Karl Abraham, e che si è dipanata indipendentemente da Freud o meglio in dialettica opposizione ad aspetti importanti delle sue tesi. Mi è sembrato in questo modo di mettere in una sorta di collegamento e di continuità ideale pensatori che hanno proceduto in realtà, per gran parte, in modo autonomo l'uno dall'altro. Essi hanno in vario modo contribuito alla costruzione di una teoria psicodinamica della depressione che ha trovato, credo, la sua più compiuta espressione nella concezione di Joseph Sandler. Oso pensare che una futura teoria psicoanalitica della depressione debba porsi il compito di conseguire una convincente integrazione fra questa concezione e il contributo originario di Freud. Ma veniamo ai testi.

Ho pensato che un buon modo di accostarsi alla rilettura di "Lutto e melanconia" potesse essere quello di soffermarsi a considerare un breve saggio scritto da Freud, pressoché contemporaneamente, e che si intitola "Il nostro modo di considerare la morte". Esso riflette le reazioni di Freud alle atrocità e agli orrori della guerra mondiale il cui scoppio, un anno prima, egli aveva pur salutato con patriottico entusiasmo. Ha il vantaggio di essere scritto in modo più semplice e discorsivo, rispetto a "Lutto e melanconia" e ritengo che le considerazioni che sono in esso contenute ci conducano dritto filato al cuore del tema del nostro odierno incontro.

Nel saggio Freud si trova a chiedersi quale possa essere stato l'atteggiamento dell'uomo delle origini, dell'uomo preistorico, verso la morte, postulando che tale atteggiamento sia persistito

inalterato nell'Inconscio dell'uomo moderno. Cito per esteso le considerazioni di Freud. Dice: " L'uomo delle origini aveva un atteggiamento molto strano verso la morte: per nulla coerente, anzi decisamente contraddittorio. Da un lato egli prendeva la morte sul serio, la considerava la fine della vita e in questo senso se ne serviva; dall'altro però disconosceva la morte annullandone il significato. La contraddizione era possibile per il fatto ch'egli assumeva una posizione radicalmente diversa per la morte altrui, dell'estraneo, del nemico, dall'atteggiamento che aveva nei confronti della propria stessa morte. La morte altrui gli stava bene, costituiva la distruzione dell'individuo odiato, e l'uomo primitivo non aveva alcuno scrupolo a provocarla..... Quanto alla propria morte, essa era certo per l'uomo primitivo altrettanto irrappresentabile e inverosimile di quanto lo è oggi per ognuno di noi. Ma vi era un caso, per lui, in cui le due opposte concezioni della morte venivano fra loro in contatto e in conflitto, e questo caso divenne sommamente importante e denso di conseguenze per l'avvenire. Ciò accadeva se l'uomo delle origini vedeva morire uno dei suoi congiunti, la sua donna, suo figlio, il suo amico, che egli certo amava in modo simile a noi, dato che l'amore non può essere molto meno antico della brama di uccidere. Allora nel suo dolore egli doveva apprendere che anche lui stesso poteva morire, e tutto il suo essere si rivoltava contro questa possibilità; infatti ognuno di questi esseri amati era pure una parte del suo stesso diletto Io. D'altra parte questa stessa morte gli stava bene, giacchè ciascuna di queste persone amate gli era pure per un certo verso estranea. La legge dell'ambivalenza emotiva, che domina ancor oggi i nostri sentimenti verso le persone che amiamo di più, valeva certamente in forma anche più illimitata nei tempi primordiali. E quindi questi cari morti erano stati anche degli estranei e dei nemici, che avevano suscitato nell'uomo primitivo una certa dose di sentimenti ostili". Freud così continua: "I filosofi hanno affermato che l'enigma intellettuale suscitato nell'uomo primigenio dall'immagine della morte lo costrinse a riflettere e fu il punto di partenza di ogni successiva speculazione. Mi pare che in ciò i filosofi pensino troppo ...da filosofi, e non prendano in sufficiente considerazione i motivi che agiscono in via primaria. Credo perciò di dover limitare e correggere questa affermazione: di fronte al cadavere del nemico ucciso, l'uomo primigenio provava semplicemente un senso di trionfo e non era affatto indotto a rompersi la testa col mistero della vita e della morte. Non un enigma intellettuale e una morte qualsiasi, bensì il conflitto emotivo di fronte alla morte di una persona amata e ciononostante anche estranea e odiata ha dato corso all'umana ricerca. Da questo conflitto emotivo è nata la psicologia".

In sostanza Freud qui sostiene che è la sofferenza, insita nel conflitto di ambivalenza ed esacerbata dalla morte della persona cara, che porta l'uomo ad inibire le sue reazioni più semplici e primitive, reazioni "tutto o nulla", di amore e di odio e lo costringe a pensare, a porsi dei problemi, a <u>lavorare</u> psichicamente alla ricerca di soluzioni e compromessi che diano sollievo al suo dolore. Così dice

ancora Freud: "Di fronte al cadavere della persona amata non sono nate soltanto la dottrina dell'anima, la credenza nell'immortalità e la radice prima del senso di colpa negli uomini, ma anche i primi comandamenti morali. Il primo e più importante divieto della coscienza morale che cominciava a destarsi fu: non ammazzare" (nel senso appunto di non ammazzare il tuo prossimo, colui che ti sta vicino). "Esso si costituì quale reazione al soddisfacimento dell'odio, occultato dal lutto, provato dinnanzi al morto amato, e fu esteso progressivamente agli estranei non amati, e infine allo stesso nemico".

Quanto Freud qui dice mi offre il destro per una precisazione magari un po' ostica e teorica, ma, penso, utile per bene intendere la concezione della patologia melanconica esposta in "Lutto e melanconia".

Quando Freud parla dell'uomo primitivo che ha subito la perdita di una persona cara e dice che "ognuno di questi esseri amati era pure una parte del suo stesso diletto Io ...un intimo possesso " egli ha in mente anzitutto, penso, la più primitiva forma di relazione oggettuale da lui concepita, quella che si attua su basi orali narcisistiche. Si tratta di una modalità di relazione che ha due caratteristiche fra loro strettamente connesse. La prima consiste nel fatto che il confine Se-oggetto è ancora molto labile per cui facilmente la relazione regredisce ad uno stadio di confusione o identificazione primaria. Freud parla di una tendenza all'incorporazione dell'oggetto d'amore in questa fase, di "una specie d'amore compatibile con l'abolizione dell'esistenza separata dell'oggetto". Nella fase orale amare significa voler introdurre in sè l'oggetto d'amore, volerlo mangiare. Il termine "possesso" che viene anche adoperato da Freud in questo contesto fa invece pensare piuttosto alla relazione di tipo sadico-anale la cui meta è appunto l'appropriazione dell'oggetto, il dominio su di esso, indifferente al suo benessere. La seconda caratteristica di questa modalità di relazione primitiva sta nel valore funzionale attribuito all'oggetto per cui esso ha significato, è investito positivamente solo in quanto deputato al soddisfacimento dei bisogni di varia natura del soggetto. Non si tratta, quindi, soltanto di bisogni narcisistici nel senso di bisogni relativi alla autostima, alla considerazione di sé. Il termine "narcisistici" va qui inteso come riferito globalmente all'individuo, il quale, nella relazione di questo tipo, soggettivamente è l'unico ad avere bisogni. Significa veltronianamente assenza di "care" per l'oggetto. E' in questo modo che Freud, a mio avviso, intende l'idea che quando si perde un oggetto si perde anche una parte di sé. Questa particolare modalità relazionale sarà, come è noto, variamente denominata dagli autori psicoanalitici posteriori a Freud:si parlerà di relazione simbiotica, di relazione di soddisfacimento del bisogno, di relazione con l'oggetto sé ecc.

Così equipaggiati affrontiamo ora "Lutto e melanconia". Come è noto, in questo testo, Freud definisce il lutto come quel processo psichico che consegue "alla perdita di una persona amata o di

un'astrazione che ne ha preso il posto, la patria ad esempio o la libertà o un ideale o così via". In realtà egli si limita poi a prendere in considerazione solamente le reazioni alla perdita oggettuale. La letteratura psicoanalitica successiva relativa al lutto e alla depressione darà invece, come è noto, molta importanza e spazio al tema delle aspirazioni ideali della persona e della loro soggettiva e/o oggettiva irraggiungibilità.

Il lutto si caratterizza, secondo Freud, per tre aspetti fondamentali: 1) uno stato d'animo intensamente doloroso; 2) la perdita di interesse per il mondo esterno e la concentrazione della mente sul ricordo di colui che si è perduto; 3) la perdita della capacità di scegliere un qualsiasi nuovo oggetto d'amore.

Tale inibizione e limitazione, dice Freud, "esprime una dedizione esclusiva al lutto che non lascia spazio ad altri propositi e interessi".

L'originalità di Freud rispetto al modo di pensare tradizionale, come giustamente a mio avviso notano Laplanche e Pontalis, consiste nel considerare la persona in lutto non semplicemente come qualcuno che attende passivamente che il tempo attenui il dolore della perdita, bensì come una persona coinvolta in un faticoso processo interiore, in un vero e proprio lavoro psichico. La stessa parola "dedizione" usata da Freud evoca l'idea di un serio impegno, di un compito.

In cosa consiste dunque questo lavoro? E cosa lo rende necessario? Per rispondere a queste domande farò dapprima riferimento ad una autocitazione. Nella mia relazione dello scorso anno ricordavo come Freud nell' "Interpretazione dei sogni", differenziando i processi primari e secondari "ipotizza che il bambino molto piccolo sia sostanzialmente incapace di tollerare il dolore psichico inerente alla percezione e alla rappresentazione di una realtà in cui l'oggetto che gratifica i suoi bisogni risulta assente. Il bambino piccolo abbandonerebbe quindi al suo destino la rappresentazione, fonte di dolore, per investire invece con intensità allucinatoria la traccia mnestica della passata esperienza di soddisfacimento che contiene la rappresentazione della presenza dell'oggetto gratificante, producendo l'allucinazione corrispondente. Questo è il modo di funzionare secondo il cosiddetto processo primario, che stabilisce l'identità di percezione.

Lo sviluppo ulteriore consisterebbe nella comparsa di un sistema (il Preconscio, l'Io realtà definitivo) che risulta in grado di inibire e di tollerare il dolore psichico in misura sufficiente da consentire il mantenimento dell'esame di realtà in modo relativamente indipendente dalla piacevolezza di ciò che viene percepito e rappresentato, quindi relativamente indipendente dalla presenza o meno nella realtà dell'oggetto del desiderio. Questa modalità funzionale (il cosiddetto processo secondario) permetterebbe al soggetto la ricerca nella realtà di un oggetto reale corrispondente alla rappresentazione dell'oggetto gratificante e perduto. Consentirebbe cioè l'esercizio in modo stabile e continuativo dell'esame di realtà".

Ricordavo poi come, secondo Freud, "in <u>Lutto e melanconia</u> il processo del lutto, inerente alla perdita dell'oggetto gratificante nella realtà, consiste sostanzialmente nell'elaborazione del conflitto fra l'esigenza espressa dall'esame di realtà che richiede di riconoscere l'assenza dell'oggetto nella rappresentazione della realtà ("la realtà pronuncia il verdetto che l'oggetto non esiste più") e di tollerare il dolore che ne consegue e la tendenza del funzionamento primario a rifuggire da tale sofferenza e quindi dal riconoscimento dell'assenza stessa. 'Questa avversione può essere talmente intensa – dice Freud – da sfociare in un estraniamento dalla realtà e in una pertinace adesione all'oggetto, consentita dall'instaurarsi di una psicosi allucinatoria di desiderio ' cioè in un diniego della perdita".

Questo conflitto si ripete innumerevoli volte, in tutte le occasioni in cui si riattiva l'aspettativa della presenza dell'oggetto, in cui quindi il processo primario richiede perentoriamente a gran voce che l'oggetto sia a disposizione per soddisfare i bisogni di varia natura del soggetto. Merita qui rilevare quanto precocemente Freud abbia posto al centro della sua riflessione il problema del padroneggiamento del dolore come condizione essenziale per il mantenimento della salute psichica. Il lavoro del lutto potrebbe quindi essere considerato come un lavoro di progressiva inibizione e di progressivo padroneggiamento della ripetitività e coattività conservatrice proprie al funzionamento secondo il processo primario, che mira appunto a stabilire l'identità di percezione con il ricordo dei soddisfacimenti passati secondo collaudate e familiari modalità. Si tratta quindi di una concezione strutturale e non meramente abreattiva del processo luttuoso.

Come è noto, in "Lutto e melanconia" Freud non ha ancora preso in considerazione l'idea, come farà invece in "L'Io e l'Es", che l'esistenza psicologica dell'oggetto perduto si possa mantenere attraverso un processo di internalizzazione (identificazione e/o introiezione). Egli pertanto indica qui come scopo del lavoro del lutto esclusivamente la rinuncia all'oggetto perduto nella realtà, il ritiro degli investimenti da esso. Dice: "In relazione a ciascuno dei ricordi e delle aspettative che dimostrano il legame della libido con l'oggetto perduto, la realtà pronuncia il verdetto che l'oggetto non esiste più, e l'Io, quasi fosse posto dinnanzi all'alternativa se condividere o meno questo destino, si lascia persuadere – dalla somma dei soddisfacimenti narcisistici – a rimanere in vita, a sciogliere il proprio legame con l'oggetto annientato". La motivazione economica che sostiene il lavoro del lutto consisterebbe pertanto nel fatto che la rinuncia all'oggetto, riconosciuto morto, viene compensata dal "premio di restare in vita".

Credo sia d'altra parte abbastanza evidente che il lavoro del lutto rientra, come caso specifico, nel novero dei processi che Freud ha chiamato di "elaborazione" (Verarbeiten-Arbeit in tedesco, come è tristemente noto, vuol dire lavoro).

Tali processi vengono messi in atto dall'apparato psichico per dominare e padroneggiare l'eccesso doloroso di eccitamenti di origine interna ed esterna. (Ricorderete come Freud definisca la stessa pulsione in termini di lavoro richiesto alla psiche in forza della sua connessione con la sfera biologica corporea).

In "Al di là del principio di piacere" egli interpreta il gioco ripetitivo del rocchetto come espressione della necessità da parte del bambino di padroneggiare la dolorosa separazione dalla madre, di rinunciare senza protestare alla sua assenza, mediante un processo di trasformazione dal passivo all'attivo.

Il bambino ha subito un abbandono, il che lo ha emotivamente sopraffatto; ora è lui a gestirlo nell'attività simbolica del gioco. Si può parlare a proposito del comportamento di gioco del bambino come di una identificazione con l'abbandonatore.

Allo stesso modo, attraverso il lavoro del lutto, attraverso la ripetitiva evocazione dei ricordi e il ripetitivo e frustrante riproporsi delle aspettative, colui che ha subito la perdita, lentamente e dolorosamente, ne diviene in qualche modo padrone e assume attivamente l'iniziativa di abbandonare lui l'oggetto perduto riducendone l'importanza emotiva.

Se si tiene infine conto della natura del conflitto attivo nel processo del lutto, che ho poco sopra descritto, mi pare ovvio che esista un nesso tra tale processo e il lavoro di elaborazione terapeutica (Durcharbeiten) descritto da Freud, un anno prima di "Lutto e melanconia", in "Ricordare, ripetere ed elaborare". Si tratta appunto di quella componente del lavoro analitico, di quella lenta assimilazione del contenuto dell'interpretazione che si rende necessaria al fine di padroneggiare i meccanismi ripetitivi, conservatori, la coazione a ripetere, propri al processo primario. Ma su ciò avremo modo, credo, di ritornare.

E veniamo ora alla melanconia o depressione, termini che in Freud sono sinonimi.

Come è noto, ciò che secondo Freud caratterizza la melanconia e la differenzia dal lutto è la presenza di "un avvilimento del sentimento di sé che si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione ".

¹ Che ciò accada entro importanti limiti è testimoniato, per altro, dallo stesso Freud, il quale in una lettera a Ludwig Binswanger, parlando della morte di sua figlia Sofia, così si esprimeva: "Sappiamo che il lutto acuto che consegue ad una tal perdita finirà, ma sappiamo anche che rimarremo inconsolabili e non troveremo mai un sostituto. Qualsiasi cosa occuperà questo posto, anche se lo farà completamente, rimarrà come qualcosa di diverso. E, a dire tutta la verità, è giusto che sia così. E' l'unico modo che abbiamo per perpetuare un amore cui non desideriamo rinunciare" (Lettera del 12 aprile 1927).

"Nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella melanconia impoverito e svuotato è l'Io stesso". Per Freud questo è il vero sintomo, caratterizzante, della melanconia, e, in quanto tale, non è considerato né primario né irriducibile: è un contenuto manifesto, un "derivato" cosciente e si richiede un lavoro di interpretazione per individuare l'autentico contenuto latente sottostante. "Noi constatiamo – dice Freud – che l'Io si svalorizza e infierisce crudelmente contro se stesso e non comprendiamo, come non lo comprende il malato, a qual fine tenda tutto ciò e come possa essere mutato".

Anche nella melanconia, come nel lutto, Freud ipotizza come fattore eziologico fondamentale la perdita d'oggetto ma è, contrariamente a quanto si osserva nel lutto, una perdita "sottratta alla coscienza". "....Non sappiamo individuare con chiarezza – dice Freud – cosa sia andato perduto e a maggior ragione possiamo supporre che neanche il malato riesca a rendersi conto coscientemente di quel che ha perduto". Intendo che qui Freud voglia dire che il melanconico non può riconoscere che ha subito una perdita e non è quindi in grado, a differenza della persona in lutto, di far fronte consapevolmente alla sofferenza, al dolore che tale perdita comporta. L'oggetto lo ha abbandonato o mortificato o deluso, l'ha in qualche modo ferito, ma il melanconico non può riconoscere che qualcosa tra lui e l'oggetto si è modificato e trarne le dovute conseguenze compiendo un processo di separazione dall'oggetto stesso e quindi dalle sue stesse aspettative nei suoi confronti.

Il melanconico, secondo Freud, rimane invece tenacemente abbarbicato al suo oggetto. Per dirla in breve: se lo tiene ben stretto e lo bastona di santa ragione. L'oggetto, abbandonando, deludendo, mortificando, ha compiuto comunque un delitto di lesa maestà e va adeguatamente punito.

Come Freud spieghi che il melanconico "al cospetto della [sua] coscienza....è se stesso che svalorizza e contro se stesso crudelmente infierisce", è noto: egli incorpora l'oggetto d'amore secondo le modalità proprie alla relazione oggettuale di tipo narcisistico cui è fissato e a cui è regredito e riversa contro se stesso, identificato con l'oggetto, l'odio che prova verso di lui, manifestando così il suo conflitto d'ambivalenza. Così si manifesterebbero le importanti fissazioni allo stile di relazione orale e anale di cui abbiamo parlato che costituiscono per Freud il fattore predisponente allo sviluppo della patologia melanconica.

Al buon clinico tuttavia non sfugge come stanno veramente le cose. "Se si ascoltano – dice Freud – con pazienza le molteplici e svariate autoaccuse del melanconico, alla fine non ci si può sottrarre all'impressione che spesso le più intense di esse si attagliano pochissimo alla persona del malato e che invece... si adattano perfettamente ad un'altra persona che il malato ama, ha amato o dovrebbe amare". E ancora:"...i malati riescono abitualmente a prendersi le loro rivincite (per la via indiretta dell'autopunizione) sugli oggetti originari e a tormentare i loro cari per il tramite della malattia nella quale si sono rifugiati onde non dover manifestare direttamente la propria ostilità".

Anche il melanconico, tuttavia, al pari della persona in lutto compie inconsciamente, secondo Freud, un lavoro che lo porta a separarsi dal suo tormentato oggetto e che pone termine alla situazione melanconica.

"Ogni singolo conflitto d'ambivalenza allenta la fissazione libidica all'oggetto poiché lo denigra, lo svilisce e, in certo modo, lo distrugge. E' possibile che il processo si concluda nell'Inconscio, dopo che l'oggetto è stato abbandonato perché privo di valore.Può darsi che l'Io provi la soddisfazione di sapersi migliore dell'oggetto, di potersi riconoscere come superiore ad esso". Anche questo, se volete, è un processo di trasformazione dal passivo all'attivo. Ma il melanconico perde così il suo oggetto e perde anche la parte di sé che lo teneva legato a lui.

Questo è "Lutto e melanconia". Spero che la mia parafrasi sia stata sufficientemente fedele e non troppo oscura, anche se sicuramente non esauriente. Ma con Freud non può essere altro che così. Prima di lasciarlo voglio ricordare però due importanti aggiunte che egli fece alla teoria del lutto e della melanconia, pochi anni dopo, in "L'Io e l'Es". Egli riconoscerà che il processo del lutto porta regolarmente ad una internalizzazione ego-sintonica dell'oggetto che modifica permanentemente il carattere della persona che ha fatto il lutto, sulla falsariga di un aspetto della rappresentazione oggettuale. "L'Io - dice Freud - contiene la storia delle sue scelte oggettuali". Per quanto attiene alla melanconia egli non modificherà la teoria esposta in "Lutto e melanconia" ma, dirò così, metterà accanto a quella, aggiungerà senza sostituire, un punto di vista diverso che attribuisce una prevalente importanza, nel determinare il quadro patologico, al conflitto fra Io e Super-io. L'auto-denigrazione del melanconico, i suoi deliri di inferiorità morale sono espressione della condanna dell'Io da parte del Super-io. Mentre in "Lutto e melanconia" l'inclinazione al suicidio da parte del paziente è considerata come espressione camuffata dei suoi impulsi omicidi, in "l'Io e l'Es" invece il paziente si lascia morire perché "invece che amato si sente odiato e perseguitato dal Super-io". Si potrebbe dire che, nell'aspettativa del soggetto l'oggetto esterno, con il suo amore e la sua disponibilità, dovrebbe tacitare un Super-io critico, duro e disapprovante. Abbandonando, deludendo, in qualche modo tradendo tale aspettativa, l'oggetto esterno finisce invece per confermare l'atteggiamento intollerante superegoico. In questo modo, credo, va intesa l'affermazione che nella depressione l'oggetto perduto viene introiettato, vale a dire costituisce una alleanza con l'oggetto interno superegoico.

Parafrasando Freud si potrebbe dire che l'ombra dell'oggetto che abbandona è caduta sul Super-io, il quale deve per altro possedere determinate caratteristiche affinchè il soggetto sia predisposto allo sviluppo di una patologia depressiva. Credo che quest'ultima aggiunta alla sua teoria sia importante perchè pone il problema della dinamica della depressione in termini di relazioni oggettuali interne, dimensione che cadrà un po' in secondo piano presso gli Autori che ora andiamo ad esaminare.

Nel 1912, tre anni prima che Freud scriva "Lutto e melanconia", Karl Abraham pubblica un lavoro, intitolato "Note sullo studio e sulla terapia psicoanalitica della malattia maniaco-depressiva e di patologie correlate" che rappresenta il primo tentativo ufficiale di formulare una spiegazione psicodinamica della depressione e della mania. Secondo Abraham, come sarà poi per Freud, la depressione è sottesa da un inconscio conflitto di ambivalenza. Ma, più semplicemente di Freud, egli pensa che questo conflitto produca una paralisi nella vita sessuale e amorosa del paziente, dovuta all'interferenza reciproca degli impulsi di amore e di odio, paralisi che provoca in lui un acuto sentimento di inadeguatezza e di impotenza o conferma precedenti vissuti di questa natura, di origine infantile e lo fa precipitare nella depressione. Dice Abraham: "...si verifica una depressione quando [il paziente] deve rinunciare alla sua meta sessuale senza aver ottenuto gratificazione. Si sente non amato e incapace di amare e dispera pertanto della sua vita e del suo futuro". Abraham spiega il delirio di rovina sulla base di una inconscia identificazione del denaro con la libido: "Mentre le altre persone possono investire la loro libido negli oggetti del mondo esterno [il paziente] non ha un tale capitale da spendere. Il suo sentimento di povertà nasce da una percezione inconscia della sua incapacità d'amare". Parimenti riconduce la depressione della terza età ad una sorta di bilancio relativo alla vita sessuale ed amorosa fatto dal paziente: il suo delirio di rovina nascerebbe dalla consapevolezza di avere mal speso il suo capitale libidico e di non avere ora più tempo e possibilità di spenderlo.

Quello che mi sembra notevole in questi spunti, presenti nel lavoro di Abraham, è che egli, contrariamente a quanto abitualmente si legge a suo proposito e contrariamente a quanto egli stesso dirà in lavori successivi, fortemente influenzati dal pensiero di Freud, non stabilisce alcun nesso fra depressione e perdita oggettuale, come farà invece Freud collegando il lutto alla melanconia. Il depresso, per Abraham, non ha un problema con l'oggetto, ha un problema con se stesso. E il problema consiste nel fatto che egli conserva le sue mete, le sue aspirazioni erotiche ed amorose ma si sente incapace di raggiungerle e di soddisfarle: si sente paralizzato, impotente e dispera di se stesso.

A nessuno di voi sfuggirà che qui è stato impiantato un germe che avrà un importante futuro.

Nel 1944 Edoardo Weiss, un grande della psicoanalisi italiana emigrato a seguito delle leggi razziali negli USA, pubblica sullo Psychoanalytic Quarterly un articolo intitolato "Aspetti clinici della depressione". Weiss, che era in contatto epistolare con Freud, gli scrisse una lettera nel 1921 parlandogli di un suo paziente che gli dava molto filo da torcere e che presentava un quadro sintomatico caratterizzato da apatia, abulia, mancanza di interesse, noia. Freud così gli risponde: "Dalla....descrizione del Suo caso posso solo comprendere che possa considerarsi come un caso di depressione semplice. Il disturbo è poco studiato; dovrebbe comunque essere accessibile all'analisi.

Tenga duro con molta pazienza. Direi, come ipotesi, che si tratta di una semplice fissazione, di notevole intensità, sulla madre, che egli di tanto in tanto rifiuta sicché alla fine non gli rimane nulla". Partendo da questo suggerimento di Freud, Weiss, nell'articolo, si sente legittimato a distinguere due tipi fondamentali di depressione: la depressione semplice o essenziale o non melanconica e la depressione melanconica classica. Nel quadro clinico della depressione semplice mancano le autoaccuse e i desideri di autopunizione laddove sembra predominare un quadro di mancanza di interesse, di apatia, di una sorta di ottundimento del sentimento vitale. "Alcuni [pazienti] .- osserva Weiss – descrivono il loro rapporto con il mondo esterno parlando della presenza di un invisibile strato isolante che impedisce loro di sentirsi pienamente in contatto con il mondo".

Weiss, per spiegare dal punto di vista psicodinamico questo particolare quadro clinico, non invoca, a differenza di Abraham, l'azione paralizzante del conflitto di ambivalenza né attribuisce particolare importanza alle vicissitudini delle componenti aggressive del paziente. Dice: "Lo stato depressivo è in gran parte dovuto ad un continuo processo di rifiuto di una meta o di un oggetto d'amore infantile, principalmente come misura difensiva nei confronti di un insopportabile stato di frustrazione o di ansia ". In sostanza, secondo Weiss, questi pazienti sono paralizzati per il fatto che non riescono a rinunciare ad un investimento su di un oggetto o su una meta di origine infantile che essi stessi rifiutano, un investimento con il quale sono pertanto in conflitto. Ne consegue inevitabilmente una continua delusione e frustrazione per proteggersi dalla quale essi si rifugiano difensivamente in un atteggiamento di assenza di interesse per qualsiasi cosa. Dal punto di vista del lavoro clinico Weiss sostiene che questo tipo di depressione "è spesso una misura difensiva nei confronti di un disturbo psichico assai più grave" e raccomanda cautela nell'approccio analitico a questi casi, anche se ribadisce che lo scopo finale del lavoro analitico rimane quello di "staccare il paziente da oggetti e mete innaturali, immaturi o inadatti".

Credo che Weiss sia stato il primo autore a concettualizzare la depressione come una misura difensiva volta a proteggere il paziente da più gravi pericoli e sofferenze.

Il concetto di depressione semplice o essenziale ebbe fortuna, per ragioni che si comprendono facilmente, fra gli psicoanalisti che si impegnarono ad osservare e a studiare lo sviluppo infantile normale e patologico. Ricordo René Spitz, Edith Jacobson, Therese Benedek e, in modo particolare George Engel e Franz Reichsman. Questi ultimi due ricercatori dell'Università americana di Rochester ebbero modo di osservare, a partire dal 1952, una bambina, Monica, ricoverata alla nascita per una atresia congenita dell'esofago, seguendola per diversi anni nelle sue complesse vicissitudini mediche, chirurgiche ed esistenziali. Durante uno dei tanti ricoveri della bambina fra i suoi 15 e 24 mesi, essi ebbero modo di osservare in lei, che pur mostrava chiari segni di attaccamento e di positiva reattività al personale ospedaliero che se ne prendeva cura, la comparsa di una particolare

reazione quando essa si trovava da sola alla presenza di persone sconosciute. La reazione persisteva per tutto il tempo in cui "l'estraneo" era presente. A differenza della reazione individuata da Spitz nell'ottavo mese del bambino normale, questa era caratterizzata da inattività muscolare, ipotonia, sguardo perduto nel vuoto, espressione facciale improntata a tristezza e sconforto con comparsa della tipica "omega melanconica" e ove la presenza dell'estraneo si prolungava, dalla caduta nello stato di sonno. Tutto scompariva non appena la bambina si trovava di nuovo in presenza di una persona a lei familiare. Significativamente essi definirono questo particolare pattern comportamentale "reazione di depressione-ritiro" e lo considerarono una risposta biopsicologica primordiale che si attiva nei confronti di un eccesso di stimolazioni o di una minaccia di grave deprivazione, di un grave rischio del venir meno di apporti, di stimolazioni positive, di rifornimenti biologici e/o affettivi. Essi paragonarono tale risposta biopsicologica primordiale alla formazione delle spore che si verifica negli organismi monocellulari in condizioni ambientali avverse, che minacciano la sopravvivenza, formazione che consente all'organismo di mantenersi in vita riducendo in modo importante i processi metabolici interni e gli scambi con il mondo esterno. Essi la considerarono come una manifestazione prototipica cui attribuirono un significato positivo di ritiro autoprotettivo, di adattamento da "ultima spiaggia".

In un lavoro successivo (1962) Engel riporta una interessante casistica a conferma della sua ipotesi e delle osservazioni condotte su Monica. Egli riferisce anzitutto le descrizioni, ad opera di Margareth Fries e Margareth Ribble, di neonati congenitamente ipoattivi che reagiscono alla perdita del seno durante l'allattamento non con il pianto, l'iperattività e la protesta, ma che diventano inattivi e cadono nel sonno. Particolarmente impressionante è il caso descritto da Burton e Derbyshire citato sempre da Engel. Si tratta di un bambino di un anno che sviluppò in modo acuto un'affezione estremamente dolorosa dell'occhio (glaucoma secondario acuto). Il piccolo si svegliò all'improvviso e iniziò ad urlare e ad agitarsi forsennatamente per più di un'ora tranne poi bloccarsi altrettanto improvvisamente e cadere in una sorta di stato comatoso in cui rimase insensibile agli stimoli e da cui non poté essere svegliato. Il quadro clinico si mantenne immodificato per sette giorni fino a che, poche ore dopo l'enucleazione dell'occhio, fonte presumibile di un dolore atroce, il bambino si svegliò spontaneamente e si mostrò normalmente attivo e reattivo. Da queste e con simili osservazioni Engel trae la conclusione che "il sistema nervoso centrale è organizzato per mediare due opposti pattern in risposta ad un bisogno crescente. Uno di questi è il pattern attivo in cui il bambino con il pianto e l'iperattività motoria ottiene di fatto la gratificazione dei suoi bisogni mediante l'intervento dell'oggetto esterno, di cui non ha ancora tuttavia consapevolezza. L'altro pattern è invece essenzialmente conservativo: il bambino riduce la sua attività, alza il livello della barriera contro gli stimoli e conserva l'energia come fa, ad esempio, un animale ibernante. Su questo

pattern psicobiologico primario di conservazione-ritiro si innesterebbe, secondo Engel, la reazione affettiva di natura depressiva evidente nella piccola Monica.

Anche se l'interpretazione che Engel e Reichsman danno del comportamento di una bambina, così piccola e in condizioni fisiche e psichiche così compromesse, può essere discutibile, essa testimonia come a livello concettuale stesse prendendo piede l'idea che per lo meno alcune forme di depressione avessero il significato di una reazione estrema di difesa che si attua attraverso una inibizione, un rallentamento generalizzato del funzionamento psichico.

Se è vero che tanto Abraham quanto Weiss considerarono il paziente depresso come una persona che ha un serio problema con se stesso e con le sue aspirazioni conflittuali, fu tuttavia E. Bibring, in un articolo straordinariamente lucido, apparso nel 1953 e scritto in un linguaggio di grande semplicità e per gran parte immune da gergo psicoanalitico, a rovesciare radicalmente, sviluppando un suggerimento di Otto Fenichel, le tesi di Freud. Egli sostenne che nella depressione ciò che viene perduto non è un oggetto ma l'autostima e che, contrariamente a quanto pensava Freud, si tratta di una perdita primaria che non consegue al rivolgimento dell'aggressività verso il Sé identificato con l'oggetto perduto. "Nella depressione – dice Bibring – si trova sempre che certe mete ed obiettivi narcisisticamente significativi, pertinenti cioè all'autostima, sono fortemente mantenuti....La depressione può essere pertanto definita come il correlato emotivo di un collasso parziale o completo dell'autostima di un Io che si sente incapace di vivere all'altezza delle sue aspirazioni che pur fortemente conserva".

Mi limito qui ad evidenziare solo alcuni punti che mi sembrano particolarmente significativi nella lucida esposizione che Bibring fa delle sue tesi.

Si noti anzitutto come, parlando di autostima, Bibring dia un nome preciso alla posta in gioco nella strada che porta alla depressione, posta che gli autori che abbiamo sin qui considerato, a parte Freud, avevano lasciato alquanto vaga e mal definita.

In secondo luogo, se è vero che l'essenza del sentimento depressivo consiste in un vissuto di impotenza o di inadeguatezza rispetto ad aspirazioni fortemente mantenute, il problema che si pone, dal punto di vista teorico e terapeutico, non è solo quello relativo a queste aspirazioni, ma riguarda anche la maggiore o minore facilità con cui la persona sviluppa vissuti di questa natura, o, per dirla con Bibring, riguarda il grado di fissazione all'impotenza. Bibring, che in questo segue Abraham che aveva parlato, a questo proposito, di una paratimia infantile primaria come substrato predisponente alla depressione nell'adulto, è convinto che, nelle prime fasi dello sviluppo della persona predisposta alla depressione, si verifichi una esperienza di oggettiva grave frustrazione che produce un vissuto traumatizzante di impotenza e di incapacità a soddisfare i bisogni e quindi una fissazione al sentimento di impotenza. Questa si riattiverebbe regressivamente ogniqualvolta insorgono nella vita

adulta situazioni che richiamano la primitiva esperienza traumatica, quando cioè per ragioni interne e/o esterne il soddisfacimento di importanti aspirazioni diventa particolarmente problematico e difficile. Vedremo poi come in Sandler questo problema verrà riformulato in termini di soglie diverse di tolleranza all'esperienza del dolore.

In terzo luogo Bibring considera la presenza di autoaccuse e di autodenigrazioni come una complicazione frequente ma non sempre presente e comunque come una componente non essenziale nel quadro clinico della depressione. Egli pensa che il manifestarsi di una aggressione al Sé sia secondario al crollo dell'autostima: il paziente odia se stesso a causa del suo vissuto di impotenza e di inadeguatezza, "si arrende al Super-io e ne accetta la punizione". Questo è un punto di vista che verrà ripreso e sostanzialmente condiviso da J. Sandler, il quale considererà l'ambivalenza verso il sé come un'importante fonte di sofferenza psichica. "Tuttavia – dice Bibring – vi sono depressioni non accompagnate da auto-aggressione e vi sono casi in cui si manifesta un rabbioso odio verso il Sé senza che compaiano sintomi depressivi....e che conseguono ad una ostile non-identificazione o rifiuto di una determinata debolezza del Sé".

Può essere infine interessante, dal punto di vista clinico, riportare le condizioni che rendono possibile, secondo Bibring, in armonia con le sue tesi, una remissione della sintomatologia depressiva. "In generale – afferma – si può dire che la depressione si attenua (a) quando le mete e gli obiettivi narcisisticamente importanti appaiono di nuovo a portata di mano, (b) quando sono sufficientemente modificati o ridotti per essere realizzabili, (c) quando sono del tutto abbandonati, (d) quando l'Io si riprende dallo shock narcisistico riguadagnando in vario modo la sua autostima, infine (e) quando si attivano delle difese contro l'affetto depressivo il che dà per lo più origine all'ipomania o ad uno stato di apatia. Anche queste considerazioni verranno riprese e ulteriormente arricchite da Sandler.

L'aspetto rivoluzionario del pensiero di Bibring consiste, a mio avviso, nel fatto che egli, implicitamente, senza clamore, modifica sostanzialmente la teoria motivazionale della psicoanalisi ponendo al centro della medesima uno stato affettivo primario, non derivato da vicissitudini libidiche e aggressive, che è appunto quello dell'autostima.

Egli ne parla come di un sentimento dell'Io e implicitamente pone come scopo principale dell'attività psichica quello di mantenere tale sentimento ad un livello ottimale. Egli descrive in effetti quattro stati fondamentali dell'Io: lo stato di autostima normale, lo stato di autostima esaltata, cioè la mania, lo stato di autostima minacciata, cioè l'ansia e lo stato di autostima distrutta cioè la depressione. "La nostra autostima – dice - è fragile: le modificazioni del mondo interno, i cambiamenti del mondo esterno possono ad ogni passo smentire le credenze che gelosamente manteniamo riguardo a noi stessi e al mondo che ci circonda e mettere a nudo la nostra solitudine, il

nostro isolamento, la nostra debolezza, inferiorità, cattiveria o colpa e aprire così la strada alla depressione se ci sentiamo impotenti di fronte a questi vissuti e al calo di autostima che ne deriva".

Risulta, penso, abbastanza chiaro, dopo quanto è stato detto, in quale solco cammini J. Sandler allorché nel 1965 espone la sua teoria sulla dinamica psichica della depressione. Metterò in evidenza soltanto gli aspetti del suo contributo che mi appaiono oggi più originali, perché so che qui mi muovo su un terreno a Voi particolarmente ben conosciuto e familiare.

In Sandler anzitutto diventa esplicito ciò che in Bibring è solo implicito: una radicale e profonda modificazione della teoria motivazionale della psicoanalisi.

Partendo da una formulazione iniziale che prendeva in considerazione esclusivamente il funzionamento percettivo Sandler la generalizzò e ne fece un principio fondamentale del funzionamento psichico: la psicologia psicoanalitica diventa, con lui, una psicologia dell'adattamento ai cambiamenti nell'ambito degli stati affettivi e, in particolare, alla presenza del dolore psichico, considerato come la componente fondamentale di tutte le forme di dispiacere. "Ogni attività adattiva – dice Sandler – sia essa difensiva o di altra natura è istigata e regolata dalla percezione e dall'attenta disamina, conscia o inconscia, dell'Io nei riguardi di cambiamenti che hanno luogo nella sfera degli stati affettivi".

Come Vi è noto Sandler parla di risposta o reazione depressiva in quanto la considera uno specifico adattamento al dolore, uno dei molti possibili, che si manifesta nel momento in cui la persona si sente impotente e incapace di rimediare alla presenza del dolore.

Consiste in una soppressione dell'anelito verso lo stato emotivo di benessere mediante una inibizione generalizzata del funzionamento psichico. E' una sorta di sordina, di coperta affettiva che attutisce il dolore senza che venga in alcun modo modificato lo specifico contenuto dell'aspirazione, della meta ideale il cui non raggiungimento ha provocato la comparsa del dolore stesso. Questa particolare reazione caratterizzata dalla rassegnazione e dalla rinuncia può considerarsi come un minimo comune denominatore che raramente si presenta allo stato puro. Il quadro clinico può essere contaminato da manifestazioni sintomatiche di varia natura che lo rendono per esempio più simile a quello classico descritto da Freud in "Lutto e melanconia". Tuttavia come tale si può presentare all'interno di qualsivoglia altra sindrome clinica.

Sandler, a mio avviso, ha cercato di individuare nel processo depressivo una serie di stadi fra loro dinamicamente correlati e percorribili bidirezionalmente. Vi è un primo stadio del dolore (caduta dell'autostima, del senso di competenza, colpa, angoscia). Vi è poi un secondo stadio caratterizzato da un vissuto di impotenza e di mancanza di speranza, di impossibilità a far qualcosa di positivo e di risolutivo nei confronti dell'esperienza dolorosa. Segue infine il terzo stadio che costituirebbe la vera e propria esperienza depressiva e che si manifesta nel ritiro, nell'inibizione generalizzata del

funzionamento psichico con comparsa dei sintomi dell'alfa privativo (apatia, abulia, anergia ecc), quelli che Henry Ey chiamava i sintomi strutturali negativi della depressione. Questa distinzione in stadi può essere diagnosticamente e prognosticamente importante perché per esempio si può pensare che un atto autolesivo suicidario sia ovviamente più probabile nel secondo stadio piuttosto che nel terzo che costituisce una sorta di rifugio protettivo, di sordina alla sofferenza.

Uno dei punti qualificanti, a mio avviso, della concezione di Sandler è il suo forte potere unificante sul piano teorico. Collegando infatti la reazione depressiva alla perdita del benessere e alla presenza del dolore Sandler può rendere ragione della sua comparsa ancor prima che si sia formata una rappresentazione d'oggetto e prima che si possa essere sviluppato un sentimento complesso come quello dell'autostima.

Può essere a questo proposito interessante ricordare come i terapeuti infantili della Hampstead Clinic evitassero, prima di questa teorizzazione di Sandler, di fare diagnosi di depressione nei bambini sotto i 5 anni in quanto la teoria psicoanalitica ufficiale richiedeva la presenza di particolari condizioni strutturali per il verificarsi di detta patologia, quale per esempio l'esistenza di un Super-Io sufficientemente consolidato. In questo modo invece è possibile far rientrare nel quadro generale della risposta depressiva la depressione anaclitica, descritta da R. Spitz nel bambino di pochi mesi e la sindrome depressione-ritiro descritta da Engel e Reichsman nella piccola Monica, il che risulta invece impossibile applicando, per esempio, la teoria di Bibring. Si tratta invece di una reazione che può presentarsi a qualsiasi stadio del ciclo esistenziale, data la sua natura di risposta emotiva psicobiologica di base, al pari dell'ansia. Come l'ansia, può considerarsi una reazione normale che "diviene anormale quando si manifesta in circostanze inappropriate, quando persiste per un tempo eccessivo e quando [la persona] non è in grado di uscirne mediante un adattamento evolutivamente appropriato". Come l'ansia, la risposta depressiva può limitarsi ad essere presente sotto forma di segnale, che mobilita ogni tipo di difesa contro il suo emergere o può invece, sempre come l'ansia, irrompere nella coscienza allorché le difese e i controlli dell'Io si dimostrano insufficienti. E' quindi, ancora una volta come l'ansia, una reazione potenzialmente attivabile in chiunque.

In sostanza quindi il punto di vista di Bibring, che pone in primo piano, come causa di depressione, la perdita dell'autostima viene sussunto come caso particolare all'interno della teoria più generale di Sandler.

Egli contrappone l'Io depresso all'Io autonomo: "considero l'autonomia dell'Io – dice – come la libertà concessa all'individuo di esplorare e di trovare nuove soluzioni senza soffrire un intollerabile sconvolgimento del sentimento interiore di benessere e di sicurezza....il grado di autonomia è espressione della gamma dei modi e dei mezzi che la persona è stata in grado di trovare, nel corso del suo sviluppo, per mantenere tale sentimento di base, qualsiasi sia stata la fonte del disturbo...

senza ricorrere a risposte stereotipate e automatiche, senza cioè cadere vittima di quella che è stata variamente chiamata come la resistenza dell'Es o la coazione a ripetere o l'inerzia psichica.

Credo che si possa considerare come esempio di risposta autonoma il lutto. Bibring definisce il lutto rigorosamente in termini di perdita dell'autostima, al pari quindi della depressione, in quanto la persona si sente impotente a rimediare alla perdita oggettuale che ha subito. Sandler invece definisce il lutto come la capacità dell'individuo "di far fronte alla condizione dolorosa e di accettare gradualmente il dato dell'irraggiungibilità dello stato ideale perduto mediante un continuo processo di contrapposizione del dato di realtà allo stato perduto e desiderato. Detto processo conduce ad un graduale recupero della speranza con la creazione di nuovi ideali".

Come si vede anche in questo caso la teoria di Sandler dimostra un importante potere unificante nella misura in cui egli considera la reazione normale alla perdita di una relazione oggettuale privilegiata, che è stata la chiave, il veicolo per il raggiungimento e la conservazione del benessere, come un caso particolare del processo di adattamento sano ed evolutivamente efficace alla perdita di questo stato emotivo e quindi alla presenza del dolore, comunque si siano determinate.

Il lutto, quindi, più o meno intenso, più o meno consapevole, costituisce, secondo Sandler, una costante dell'evoluzione psichica dell'individuo nel corso della sua esistenza, nella misura in cui processi somatici, processi psichici interni e realtà esterna, nel loro divenire, richiedono l'abbandono di stati del Sé, precedentemente soddisfacenti, e la loro sostituzione con nuovi ideali sintoni alla realtà interna ed esterna.

Questo è anche lo scopo del lavoro terapeutico. Non so se sia frutto dello "Zeitgeist", dello spirito dei tempi o di mera scopiazzatura, ma trovo comunque interessante che un certo Brodsky, in un articolo scritto nel 1964 ma pubblicato solo nel 1967, molto sandlerianamente, ma senza citare Sandler, definisca l'elaborazione terapeutica come un processo di padroneggiamento degli affetti dolorosi, siano essi l'ansia, la vergogna, la colpa od altro. Tale padroneggiamento, secondo questo Autore, sia attua in virtù della progressiva rinuncia agli "inconsci automatismi strutturali" istituiti originariamente per controllare gli affetti penosi. (la depressione per Sandler rientra fra questi). La rinuncia consegue – dice sempre Brodsky – alla scoperta della sicurezza all'interno della situazione transferale, nella quale il paziente può far fronte al sentimento doloroso senza la minaccia di sentirsene sopraffatto.

Ritengo che anche il concetto di restrizione, introdotto da Anna Freud nel 1936 in "L'Io e i meccanismi di difesa" in termini prevalentemente descrittivi, acquisti alla luce della teoria di Sandler una maggior dignità metapsicologica. La restrizione consisterebbe in un importante e stabile ridimensionamento delle aspirazioni e mete ideali con una conseguente riduzione del rischio della comparsa del dolore. In questi termini essa si può anche definire come una particolare forma di

adattamento difensivo rispetto al dolore, che si manifesta principalmente in situazioni di cronica deprivazione, ove si dimostra utile alla sopravvivenza fisica e psicologica. Si potrebbe anche dire che nella depressione l'investimento sulla rappresentazione del Sé o sulla rappresentazione della relazione Sè-oggetto, che incarna lo stato ideale, è posto in stand-by. Nella restrizione invece il medesimo investimento progressivamente si atrofizza e si spegne: la persona si sistema, opta per lo stato attuale del Sè.

Mi hanno a questo proposito molto colpito le parole di un soldato americano, reduce da una lunga prigionia in un campo di internamento giapponese, che ho trovato riportate in un articolo di R. Greenson sull'apatia (1949). Dice il soldato, parlando dei suoi commilitoni che condividevano la prigionia con lui: "Coloro che continuavano a sperare di essere liberati l'indomani, morivano. Coloro che accumulavano il poco cibo distribuito per fare un unico sostanzioso pasto, morivano. Gli uomini che perdevano ogni speranza e si deprimevano morivano. Solo coloro che mangiavano ogni giorno la loro magra razione di riso, che mangiavano lucertole, topi e vermi quando ne trovavano, sopravvivevano". Richiesto di come fosse riuscito a cavarsela rispose: "Ho semplicemente messo la testa in folle". Le statistiche mostrano in effetti alti tassi di sopravvivenza fra i prigionieri con una storia familiare particolarmente compromessa o addirittura con molti anni di orfanotrofio. Si tratta evidentemente di persone abituate da tempo a non aspettarsi molto dalla vita, il che li ha avvantaggiati in condizioni di grave deprivazione quali quelle vigenti in un campo di prigionia.

Riprendendo da dove eravamo partiti, vorrei ricordarVi come Freud in "Lutto e melanconia" metta in evidenza lo sforzo psichico lavorativo compiuto dal paziente per liberarsi dalla sua sofferenza, sforzo che nella depressione consisterebbe in una svalorizzazione difensiva della particolare significatività affettiva dell'oggetto.

Sandler riporta in auge questa dimensione di lavoro della psiche che era caduta nel dimenticatoio per gli autori che prima di lui si erano occupati della depressione. Per essi come si è visto il passaggio dalla sofferenza comunque prodotta alla depressione finiva per essere un passaggio diretto pressochè inevitabile e automatico. Per Sandler la depressione non è inevitabile, non è necessaria e tanto meno utile, come teorizzano invece altri fra cui Winnicott e M. Klein. Pur non disconoscendo il fatto che in taluni casi la reazione depressiva possa costituire un momento di pausa necessaria per "tirare il fiato" nella maratona dell'esistenza o nelle fasi più difficili di una psicoterapia, per Sandler è comunque essenziale mantenere ben chiara a livello concettuale la distinzione fra la particolare e specifica risposta depressiva e lo sforzo attivo della psiche per padroneggiare la sofferenza, sforzo che può portare a soluzioni patologiche o ad un adattamento evolutivamente progressivo.

Infine, nel 1984, A.M. Sandler pubblica in Psychoanalytic Study of the Child un articolo, intitolato "Problemi di sviluppo e di adattamento in una paziente anziana", in cui esemplifica molto bene e

molto chiaramente alcuni dei concetti la cui storia ho cercato fin qui di presentarVi. A.M.Sandler evidenzia molto bene l'insieme dei fattori predisponenti e delle circostanze esterne la cui concomitanza conduce inesorabilmente la paziente, una anziana insegnante in pensione, alla depressione.

Questa paziente, così come ci viene descritta, era stata educata dai genitori a non riconoscere, a non tener conto in se stessa dei suoi bisogni di dipendenza, dei suoi sentimenti di perdita, debolezza o impotenza e della relativa rabbia ed invidia. Era cresciuta cercando di diventare una bambina, e poi un'adulta, forte, sicura di sè, autonoma, saggia e dedita al prossimo. In questa veste aveva esercitato in modo efficace e addirittura brillante sino ai 60 anni l'attività di insegnante e successivamente di consigliera di orientamento nella stessa scuola in cui aveva insegnato. Secondo A.M. Sandler la paziente aveva sviluppato come adattamento difensivo uno stile di relazione oggettuale che, con Freud, possiamo definire prettamente narcisistico. "Doveva nascondere anche a se stessa – dice A.M. Sandler – qualsiasi attaccamento agli altri in quanto persone reali perchè il considerarli altro che personaggi del suo copione, altro che estensioni di se stessa, l'avrebbe esposta inevitabilmente al pericolo di sentirsi impotente nei confronti della perdita e del rifiuto". Si era messa in una posizione del tutto autocentrata e di controllo e attraverso la sua bravura e la sua dedizione al lavoro era riuscita per tutta la vita ad ottenere costanti rifornimenti di stima e di autoaffermazione. Questi l'avevano aiutata a tenere lontano da sé il rischio del dolore inerente alla perdita, alle frustrazioni e alle delusioni, rischio che una relazione con un oggetto considerato veramente altro da sé comporta inevitabilmente.

Pochi mesi prima della crisi depressiva si erano verificasti nella vita della paziente due fatti, fra loro indipendenti ma strutturalmente analoghi, che avevano messo a dura prova questa particolare modalità adattiva.

In sostanza il preside della sua scuola, vecchio amico d'infanzia, aveva deciso senza informarla né consultarla, di lasciare l'incarico per assumere un insegnamento universitario, lasciando probabilmente la paziente nell'incertezza del rinnovo del suo incarico da parte del nuovo preside. Sentendosi ferita, umiliata ed offesa si era dimessa.

Parallelamente il figlio, nello stesso stile, aveva deciso di lasciare il paese per un lavoro all'estero e la paziente si era sentita lasciata completamente fuori da questa decisione e si era "ritirata con dignità". Perduti assieme agli allievi e al figlio i rifornimenti emotivi e il senso di controllo sui suoi oggetti la paziente si era sentita persa, del tutto incapace di restaurare il precedente benessere ed era caduta nella depressione.

Appena entrata in analisi la paziente aveva riattivato nella situazione terapeutica la modalità relazionale che era stata per lei vitale nel corso di tutta la sua esistenza mettendo l'analista, quasi

fosse uno dei suoi vecchi allievi, nel ruolo di uno spettatore plaudente e ammirato per la sua bravura, saggezza ed esperienza di vita e reagendo malamente e con rabbia ad ogni tentativo dell'analista di capire assieme a lei cosa le stesse veramente succedendo. In questo modo la paziente cercava di ristabilire il proprio stato di benessere riattivando i suoi antichi meccanismi di adattamento.

Concludo. Più d'una volta, stendendo questo scritto, sono stato disturbato dal pensiero che non stavo raccontando nulla di nuovo, che i testi importanti sono lì e basta leggerli e meditarli. Correvo il rischio pensavo di farVi perdere il Vostro tempo. Di recente però mi è capitato fra le mani un libro di psicoanalisti americani, uscito recentemente anche in italiano, sulla psicoterapia psicodinamica della depressione, che contiene la sua brava storia dello sviluppo del modello psicodinamico della depressione. Vi si legge, per fare un solo esempio, la seguente e stringata sintesi del pensiero di Sandler sulla depressione: "Fattori di predisposizione: relazione idealizzata con l'oggetto d'amore. Dinamica: la perdita percepita o effettiva di questa relazione causa il desiderio di una condizione idealizzata in cui si è oggetto d'amore e un'esperienza di deterioramento interno che porta alla depressione". Ho pensato allora che leggere i testi e soffrirci un po' sopra non è poi un'attività così banale e che almeno un po' di etica nella loro interpretazione non guasta.

Vi ringrazio.

Bibliografia

(Per gli scritti di K. Abraham, A. Freud e S. Freud faccio riferimento alla traduzione italiana delle rispettive *Opere*, pubblicate da Boringhieri, Torino)

ABRAHAM K. (1912). Note per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e di stati affini. In *Opere* Vol I. Torino: Boringhieri, 1975.

BIBRING E. (1953). The mechanism of depression. In *Affective Disorders*. New York: International Universities Press. Trad. It.: Il meccanismo della depressione. In *Il significato della disperazione*, a cura di W. Gaylin. Roma: Astrolabio, 1973.

BRODSKY B. (1967). Working through: its widening scope and some aspects of its metapsychology. *Psychoanalytic Quarterly*, 36: 485-496.

COEN PIRANI P. (2006). Ricordo e realtà: modernità di Freud. Relazione tenuta al Convegno annuale del Centro Studi di Psicoterapia di Via Ariosto 6, Milano. Non pubblicato.

ENGEL L.G.(1962). Anxiety and depression-withdrawal: the primary affects of unpleasure. *International Journal of Psychoanalysis*, 43: 88-97

ENGEL L.G., REICHSMAN F. (1956). Spontaneous and experimentally induced depressions in an infant with a gastric fistula. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 428-452.

FENICHEL O. (1946). The psychoanalytic theory of neurosis. Trad. it.: Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi. Roma: Astrolabio, 1951.

FREUD A. (1936). L'Io e i meccanismi di difesa. In Opere Vol I. Torino; Boringhieri, 1978

FREUD S. (1899). L'interpretazione dei sogni. In OSF, 3.

FREUD S. (1915). Pulsioni e loro destini. In OSF, 8.

FREUD S. (1915). Considerazioni attuali sulla guerra e la morte. In OSF, 8.

FREUD S. (1917). Lutto e melanconia. In OSF, 8.

FREUD S. (1920). Al di là del principio di piacere. In OSF, 9.

FREUD S. (1921). Psicologia delle masse e analisi dell'Io. In OSF, 9.

FREUD S. (1922). L'Io e l'Es. In OSF, 9.

FREUD S. (1925). La negazione. In OSF, 10.

FREUD S. (1926). Inibizione, sintomo e angoscia. In OSF, 10.

GAYLIN W. (Ed.) (1968). Psychodynamic understanding of depression. Northvale: Jason Aronson Inc.. Trad. it.: Il significato della disperazione. Roma: Astrolabio, 1973.

GREENSON R. (1949). The psychology of apathy. Psychoanalytic Quarterly, 18: 290-302.

JOFFE W. G., SANDLER J. (1965). Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanal. Study Child*, 20: 394-424. Trad. it.: Note sul dolore, la depressione e l'individuazione. In *La ricerca in psicoanalisi*. Vol. I. Torino: Boringhieri, 1980.

JOFFE W.G., SANDLER J. (1967). Some conceptual problems involved in the consideration of disorders of narcissism. *Journal of Child Psychotherapy*, Vol II, n. 1. Trad it.: Alcuni problemi concettuali riguardanti i problemi narcisistici. In *La ricerca in psicoanalisi*. Vol I. Torino: Boringhieri, 1980

JOFFE W.G., SANDLER J. (1968). Comments on the psychoanalytic psychology of adaptation, with special reference to the role of affects and the representational world. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 445-454. Trad. it.: La psicologia psicoanalitica dell'adattamento, gli affetti e il mondo rappresentazionale. In *La ricerca in psicoanalisi* Vol II. Torino: Boringhieri, 1981.

LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. (1967). Vocabulaire de la psychoanalyse. Paris: P.U.F.. Trad. it.: Enciclopedia della psicoanalisi. Bari: Editori Laterza, 1968.

SANDLER A.M. (1984) Problems of development and adaptation in an erderly patient. *Psychaoanalytic Study of the Child*, 39:471-489

SANDLER J., JOFFE W. G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46: 88-96.

SPITZ R., WOLF K. (1946). Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalitic Study Child*, 2: 313-342.

WEISS E. (1944). Clinical aspects of depression. Psychoanalytic Quarterly, 13: 445-461.