

DISCUSSIONE

Domanda: (Aurelia Rossi) A me sono venuti in mente due persone che vengono da me, entrambe depresse. Però mentre una sta faticosamente lavorando e cercando di uscire dallo stato depressivo in cui si trova, l'altra mi sembra molto aggrappata alla depressione, sembra che non lavori, a me sembra di non riuscire a lavorare con lei e di lasciarla in questo stato. Chiedo: che cosa consente ad una di farcela e all'altra proprio no?

Dr. Coen: Nel caso specifico non lo so.

Dr. Monteverde: io penso che la seconda paziente della Dott.ssa Rossi solo apparentemente non si muove.

Dr. Coen: tu dici apparentemente, allora spiega l'apparentemente.

Dott. Monteverde: sostanzialmente credo che la paziente non si muova solo descrittivamente, cioè sul piano del comportamento: c'è tuttavia da credere che questa sorta di stallo costituisca per la paziente stessa una modalità di adattamento in cui, tra l'altro, possiamo supporre che abbia un dialogo interno con la terapeuta, altamente significativo ai fini di mantenere la sicurezza: potremmo in sintesi vedere la situazione attuale non soddisfacente per la terapeuta come un aspetto particolare della relazione di ruolo, relazione di ruolo che invece può essere di aiuto e di conforto per la paziente.

Dott. Coen: Un problema che si pone anche a livello teorico è se in fondo possiamo chiamare veramente depresso nel senso sandleriano del termine una persona che viene in terapia, perché evidentemente una persona che viene in terapia ha una speranza e come diceva Monteverde stabilisce un qualche tipo di dialogo nella sua fantasia e anche nella realtà con l'oggetto terapeuta e questo dialogo appunto deve essere una fonte di sentimenti di conforto e di sicurezza. Quindi questo può essere un problema interessante da discutere, possiamo chiederci in questo caso se si possa parlare veramente di depressione.

Dott. Monteverde: discutendo e leggendo l'articolo del dott. Coen, mi si è meglio focalizzato il problema che pone la clinica della depressione grave, quella che comporta sintomi che ci fanno percepire i pazienti come isolati, come "assenti dal mondo esterno"; ad essi si attribuisce un alto grado di apatia, tanto che alcuni autori sono stati indotti a definire queste forme depressive come esempio di autismo. Si tratta di un quadro diverso da quello che si osserva nelle schizofrenie, dove appunto si può notare, tranne che nella catatonia, una vivacità importante nei sintomi, nei comportamenti e nella postura. A questo punto ricordo che la psichiatria tradizionale ammetteva che i quadri depressivi anche gravi, quand'anche non trattati farmacologicamente, mostravano una lenta evoluzione verso il miglioramento e la guarigione a volte dopo alcuni mesi. Ora noi potremmo affermare che in queste situazioni gravi l'apparato psichico non è statico, non è indifferente, ma che al contrario è molto attivo nell'elaborare giorno dopo giorno tutto ciò che costituisce stimolo per il paziente, sia esso stimolo interno che esterno: pian pianino il paziente riesce a trovare una soluzione: in conclusione anche un quadro clinico così grave possiamo comprenderlo inserendolo nel grande capitolo della teoria dell'adattamento.

Dott. Coen: Mi sembra molto importante il problema di cosa succeda veramente nella testa della persona che possiamo chiamare depressa. Sandler parla di una inibizione generalizzata del funzionamento, quindi questo farebbe pensare che in qualche modo la vita psichica si arresta, che c'è un blocco dell'attività fantastica, del dialogo con gli oggetti interni, ecc. Questo è il punto. Purtroppo, sempre per stare sul teorico, Sandler non ha mai rielaborato la sua teoria della depressione in termini di relazioni oggettuali, cioè ha scritto questi lavori nel 1965 e poi quando si è occupato negli anni successivi della relazione d'oggetto, della relazione di ruolo, degli oggetti interni ecc. non ha mai ripreso il tema della depressione. Anche nell'intervento che fece a Pavia nel 1994 sul tema della depressione nei bambini in qualche modo si rifece al suo articolo originario, per cui questo problema non è affrontato. Per stare sempre sul teorico, ho trovato che c'è stata una diatriba su questo tema tra due teorici inglesi, Guntrip e Fairbairn. Fairbairn sosteneva che il paziente veramente depresso, come Monteverde l'ha descritto, sta comunque in una relazione oggettuale, ha una relazione d'oggetto interna che funziona, mentre Guntrip parla di una situazione di mancanza d'oggetto, di un mondo interno completamente vuoto e deserto. Il paziente che Freud descrive in *Lutto e melanconia*, alla luce della teoria di Sandler, non è un paziente veramente depresso, perché ha un dialogo vivace con l'oggetto, sotto sotto è terribilmente arrabbiato, sotto sotto cerca di farlo soffrire, poi cerca di metterlo sotto, di liberarsene, insomma fa, secondo Freud, un vero e proprio lavoro psichico in qualche modo analogo al lavoro del lutto per diminuire l'importanza emotiva del suo oggetto, per trionfare su di lui.

Dr. Monteverde: quanto detto fino ad ora mi dà la possibilità di ribadire il fatto che, anche di fronte a situazioni cliniche obiettivamente definite, ognuno di noi di fatto si trova ad assumere una attitudine del tutto personale: sulla base dei propri convincimenti, delle sue concezioni teoriche e cliniche, sulla base direi anche del proprio carattere.

In questa sede mi preme soprattutto sottolineare come la componente personale agisca sull'aspetto prognostico della depressione. Credo che dovremmo costantemente comprendere come le nostre stesse attitudini concorrano a configurare il pronostico circa l'evoluzione del quadro clinico. Se noi teniamo ben presente quanto importante sia il dialogo con se stesso o se volete con i suoi oggetti per il paziente depresso anche grave, credo che noi stessi dobbiamo impegnare al meglio le nostre attitudini per capire come entrare in questo dialogo. Questo bisognerà determinarlo volta per volta; ma certamente è fondamentale avere la fiducia che presto o tardi riusciremo in questo intento. Da tale fiducia discende poi la speranza di poter aiutare il paziente: credo che il paziente stesso si sentirà per così dire contaminato da tale speranza e da qui possiamo pensare che inizi il miglioramento clinico. Questo è un mio personalissimo convincimento.

Domanda: (Dott. Gasparini) Visto che il dott. Monteverde ci consente di complicare le cose, mi domando come è la situazione, al di là dei fattori biologici, nelle forme bipolari, maniaco-depressive. Mi è venuto in mente un mio paziente di qualche tempo fa, che alla fine del nostro percorso per rassicurarmi che si poteva finire secondo lui la terapia, e mi ha molto convinto, mi ha detto: "Guardi che io adesso colgo i sintomi dell'euforia, i pre-sintomi e riesco a controllarmi". Questo paziente per altro più anziano di me aveva una vecchia zia che si occupava di lui oltre ad una anziana mamma e mi era stato portato a forza. Io avevo completamente ignorato il contributo della zia e della mamma e mi ero rivolto a lui accettando anche la sua difficoltà a venire in terapia. Con questo paziente, coperto farmacologicamente da un collega psichiatra, io riuscivo a lavorare solo quand'era depresso, non certo quand'era euforico o nei rarissimi momenti in cui era stabilizzato. Mi è sembrato di capire che

per questo paziente alla fine anche in parte consapevolmente fossero più accettabili per il suo benessere, per il suo equilibrio, i momenti depressivi che non quelli euforici.

Dott. Coen: Tu dici che lavoravi meglio con lui quand'era depresso: qui è il problema. Sandler dice: "Quando c'è dolore si lavora" che poi è quello che diceva anche Freud nel famoso articolo iniziale di cui ho parlato, cioè che l'attività psichica è nata dal dolore, dolore quindi che fa lavorare. Sandler distingue questo dalla depressione. Nella depressione c'è appunto una situazione di blocco per cui momentaneamente si presume che il paziente non lavora più, e quindi quando tu dici che nella depressione lui lavorava meglio, in qualche modo non era depresso da un punto di vista sandleriano. Naturalmente quando è invece in fase maniacale ha una difesa dal dolore e anche dalla depressione che gli fa pensare che non ha bisogno di niente, che sta benissimo, c'è un diniego, e quindi è un adattamento che non consente il lavoro.

Dr. Monteverde: personalmente posso dire che lavoro volentieri con i pazienti depressi, con forme più o meno gravi, mentre mi trovo sinceramente molto in difficoltà quando debbo affrontare la fase maniacale. Capisco bene pertanto l'amico dott. Gasparini e le sue difficoltà ad affrontare gli aspetti clinici relativi alla situazione maniacale. Mi spingerò a dire che sembra inutile parlare con un paziente che abbia una notevole diminuzione del senso critico, della ragionevolezza, del senso etico, della inibizione motoria...che sia cioè in balia completa dei propri desideri e difese infantili...Ha detto bene il dott. Coen citando Sandler, che cioè noi possiamo lavorare con speranza di successo se il paziente è in grado di sopportare almeno un po' il dolore: ricordo che la maniacalità si caratterizza per la negazione massiccia del dolore stesso.

Domanda (Dott. Boyer) Io ho sempre avuto qualche problema con la definizione di Sandler a proposito della reazione depressiva. Mi pare che lui però distingua la reazione depressiva dalla malattia depressiva, nel senso che, e la discussione di adesso me lo conferma, la depressione nel senso che intende Sandler è una cosa completamente diversa, anzi per certi versi l'opposto, della depressione clinica. Pensavo alla differenza per es., rispetto alla descrizione clinica della melanconia che fa Freud in Lutto e melanconia, in cui pone l'accento sull'abbattimento del tono dell'umore, la tristezza, il pessimismo, che sono cose che nella reazione depressiva, nella concezione di Sandler non ci sono, anzi. Quando parliamo di una reazione di ritiro, è stato citato prima Greenson e l'abulia, lì non c'è questo sentimento; infatti si parla in clinica psichiatrica di equivalenti depressivi. Allora mi sembra che la concezione di Sandler lasci in qualche modo fuori la comprensione di questi aspetti affettivi, emotivi che sono caratterizzanti della depressione, cioè la caduta del tono dell'umore, quello che ci fa parlare di un paziente depresso come quello di cui parlavano i colleghi. Cioè il paziente che viene ed è triste e piange e vuole essere aiutato non è depresso dal punto di vista di una reazione depressiva, mi sembra di capire.

Dott. Coen. Sandler quando descrive la reazione depressiva mette come primo sintomo la tristezza. Sostiene poi che il quadro clinico non è mai un quadro puro, nel senso che nel quadro si possono evidenziare anche delle manifestazioni che esprimono un tentativo di reagire a questo stato. Però lui mette la tristezza nella reazione depressiva.

Dott. Boyer: Faccio un esempio. Io vedo da poche settimane una giovane signora che ha avuto un episodio di eccitamento maniacale con un ricovero in ospedale, è stata curata con neurolettici e stabilizzanti dell'umore, poi è venuta da me perché è entrata in una fase depressiva, nel senso che ha

una difficoltà ad occuparsi di sé, dei figli, della casa e ha un abbassamento del tono dell'umore, ha vissuti anche se non particolarmente intensi di caduta dell'autostima. L'altro giorno in seduta, era evidentemente sofferente, piangeva e abbiamo parlato e io le stavo parlando di quello che mi sembrava un problema che lei aveva nel sentirsi molto triste e arrabbiata perché non era in grado di fare le cose che doveva fare. In questo caso stavamo parlando dell'occuparsi dei figli, di dar loro da mangiare, di esser loro affezionata e quanto questo la facesse sentire triste e arrabbiata perché i parenti la sostituivano delittimandola in queste attività. Mentre io le dicevo questo, lei ha cominciato a sbadigliare e si è quasi addormentata. Allora la reazione depressiva è questa non quella di quando stava piangendo e mi diceva di quanto soffriva.

Dott. Coen: E' un punto interessante. Se dobbiamo pensare che la depressione viene da noi concepita come una difesa dalla sofferenza dobbiamo anche metterci dentro anche una difesa dalla tristezza. Quello che tu dici tocca il problema che io ho sentito anche studiando questi lavori di Engel e Reichsman. Da un lato descrivono questa bambina, Monica, che cade alla fine nel sonno, però prima parlano di una situazione in cui la bambina appare, secondo loro, sconfortata, con i tratti fisiognomici tipici della melanconia, però è una loro interpretazione. Forse si può pensare alla presenza di stadi, che ci sia uno stadio di tristezza e poi il sonno che rappresenta lo stadio del ritiro: poi quando fanno quest'esempio di quest'altro bambino che si è ritirato dal dolore fisico, parlano di reazione di conservazione e ritiro, di questa sorta di ibernazione. Forse il passaggio è proprio questo, cioè che nelle forme più estreme c'è questa sorta di ibernazione, di formazione di spore per cui il sentire, il sentire anche la tristezza viene meno.

Dott. Monteverde: Parlando di questa paziente io non mi accontenterei di fermarmi alla soglia della considerazione che il sonno è un equivalente depressivo, di fatto la paziente è venuta da te, parlava dei suoi problemi, tu hai parlato di situazioni che avevano a che fare con il suo stato d'animo, situazioni sentite, fresche, attuali per la paziente; conoscendoti io penso che tu abbia avuto una buona partecipazione emotiva e il contenuto delle vostre comunicazioni riguardava la delusione e la rabbia che la paziente aveva perché i suoi figli venivano accuditi da qualcun altro. C'è qualcosa dentro di me che si rifiuta di accettare che questa sia una reazione depressiva, questa è "attiva attività" della mente della paziente, che vuole segnalarti che lei ha dei bisogni che tu puoi soddisfare. Il sonno sarebbe un preciso messaggio a te perché la accudisca come un bambino, messaggio che tu devi essere pronto a percepire.

Dott. Coen: Il dott. Monteverde insegue il paziente nella depressione più profonda.

Domanda (Dott.ssa Cortese) Nel caso di cui parlava il collega penso sia utile domandarsi cosa sia il dolore, perché mi sembra di ricordare che Sandler sottolinea molto la relazione tra la grande sofferenza, il dolore, da cui la depressione dipende e il processo di individuazione, per cui mi sembrava che in questo caso fosse evidente un'enorme fatica della paziente ad abbandonare una situazione in cui aveva trovato precedentemente un equilibrio, un'armonia per una nuova che la spaventa. Forse non è importante se prova tristezza ma qual è il tipo di dolore che vive e perché.

Dott. Coen: Forse sono meno seguio del dott. Monteverde. A me sembra sia importante quello che dice Sandler a questo proposito quando parla della reazione depressiva come di un fenomeno che si può verificare in chiunque e qualunque sia il quadro clinico, come un momento di rifugio, come un momento per tirare il fiato, qualcosa di più o meno momentaneo, più o meno duraturo da cui il

paziente può uscire. Forse sarà naif dirlo ma quando noi parliamo di malattia depressiva parliamo di una situazione di rifugio stabile rispetto a qualcosa che invece per esempio nell'ambito di una relazione terapeutica si può manifestare temporaneamente in rapporto per esempio a certe circostanze che si sono verificate nella seduta.

Domanda (Dott. Arrigoni): Vorrei chiedere se ho capito bene il rapporto tra depressione e tristezza. La depressione è una modalità di protezione da un dolore non sopportabile dalla persona in quel momento: mi sembrava di aver capito che però questa soluzione non è una soluzione così felice, è una difesa infelice, perché se per un verso fa uscire la persona da uno stato di dolore intollerabile la porta però in una condizione per cui tutti i disinvestimenti che questo ritiro comporta la lasciano anche povera, in uno stato comunque che non le dà il benessere che desiderava ma le dà un male minore e la tristezza mi sembra il segno di questo male minore. Non è che il depresso poi stia bene, non sta così male come quando deve continuare a investire in situazioni dove sperimenta la disperazione, la delusione, il dolore e così via.

Dott. Coen: Sì, è quello che dice Sandler: è una sordina al dolore. E' come quando uno suona il pianoforte se suona con le tre corde si sente forte, se suona su una corda sola c'è questa attenuazione. Ho come l'impressione che sia in Sandler sia in quest'altra letteratura che sono andato a pescare si prevedano degli stati sempre più di distacco, di apatia, di non partecipazione che possono anche arrivare all'eliminazione di un vissuto per lo meno vivace della tristezza.

Dott. Monteverde: Il depresso è meno infelice di quando prova le acuzie di quello che chiamiamo il dolore psichico. Lo dice la definizione stessa: la depressione è una difesa dal dolore, quindi la persona è sempre infelice, ma meno infelice di prima. Secondo la nostra concezione il rifugio nella difesa depressiva fa percepire in misura più attenuata, mette la sordina al proprio dolore. Non è che improvvisamente il paziente diventi felice e guarisca, siamo sempre nell'ordine dell'infelicità.

Domanda (Dott. Casali). Il mio intervento seguiva quello della Dr.ssa Cortese che in qualche modo mi ha anticipato. Mi è capitato con due pazienti diversi e in due o tre situazioni differenti qualche anno fa che dopo un'interpretazione particolarmente dolorosa il paziente non reagisse, in poche parole ha sbadigliato e poi si è addormentato. Io l'ho interpretata come un resistenza davanti all'incapacità di sopportare il dolore dell'interpretazione. Naturalmente forse ho esagerato in quel momento lì nel sottoporgli qualcosa che non era in grado di tollerare. Naturalmente poi le interpretazioni si sono ripetute successivamente quando era più pronto e la cosa non si è più verificata. Però l'ho interpretato come un ritirarsi davanti a un dolore insopportabile per metabolizzarlo, per prepararsi poi di nuovo quando era un po' più attrezzato nelle sedute successive.

Dott. Coen: Quindi tu sei sulla stessa linea di pensiero di Mauro Boyer, cioè che questo addormentarsi sia un rifugio rispetto ad una sofferenza, cioè una maniera di chiudere, di non provare più niente. E' questo il tuo modo di pensare? Credo che il dott. Monteverde non sarebbe d'accordo con questo.

Dott. Monteverde: Assolutamente, infatti vedo la faccia di Mauro che sta già lavorando dietro il suggerimento che gli ho dato, immaginando come questa paziente possa conseguire una regressione più confortevole, come lui possa essere più accogliente, più comprensivo. Io sono convinto che

adesso Mauro sta lavorando e tu pure per capire se questo sonno era veramente un sonno depressivo, nel senso di una difesa momentanea nei confronti di un dolore, o se veicolava anche una richiesta nel senso in cui abbiamo detto prima.

Domanda (Dott. Zanettovich) In “Lutto e melanconia” nell’ultima o penultima frase Freud dice qualcosa tipo”ne sappiamo ancora molto poco e spero che miglioreremo la nostra conoscenza in merito al concetto di dolore sia fisico che psichico”. In questo discorso sulla reazione depressiva Sandler parla del mettere la sordina al sentimento di dolore attraverso un rallentamento del famoso “arbeiten” cioè del lavoro, l’apparato psichico ferma i lavori o li riduce al minimo. Nel dolore fisico qualcosa di analogo si verifica quando il dolore è talmente forte che la persona sviene, in questo modo non lo percepisce più e quindi non lavora più, non va a farsi curare, non urla, non dice “aiuto che male” ecc. Parimenti da un punto di vista psicologico sembrerebbe che la persona non ce la faccia a lavorare per curarsi e quindi sospenda o rallenti di molto il lavoro dell’apparato e in questo modo si protegga dal sentimento doloroso. Quello che mi viene in mente a proposito del caso di Mauro è che forse in queste situazioni non facili da capire ci può venire in aiuto, adesso uso il termine in modo assolutamente generico, il controtransfert. A volte capita che la paziente che si mette a sbadigliare ci faccia sentire di essere vicini ad un culla e quindi il bisogno della paziente di essere cullata come il figlio di cui sta parlando, altre volte invece ho l’impressione che il paziente ci dica sbadigliando, non dicendo più niente “ti prego lasciami stare perché non ce la faccio a lavorare”, lavorare in termini psichici. Credo che a proposito di questo discorso non sempre ma spesso le nostre percezioni controtransferali possano distinguere queste due possibilità che di fatto ho l’impressione che possano esserci.

Dott. Coen: Sono molto contento di questa discussione perché credo che siamo arrivati subito al nocciolo dei problemi. Quando io ho scritto questa relazione e ci ho messo un po’ di tempo e alla fine avevo una sensazione di insoddisfazione, va bene avevo letto tante cose interessanti, tuttavia avevo come l’impressione che ci mancasse qualcosa, che c’era qualcosa un po’ di sterile. Poi ho avuto con il Dott. Monteverde qualche discussione sul problema e mi è sembrato di toccar con mano, di capire che il limite del discorso di Sandler e di tutto questo filone che ha portato a Sandler è proprio quello di aver ragionato più in termini intrapsichici che in termini relazionali. Sono stato colpito dal fatto che Sandler non abbia sentito il bisogno di riprendere in mano il discorso della depressione quando, dagli anni ’70 in poi si è attivamente occupato del problema della relazione d’oggetto, della relazione di ruolo ecc. Ricordo un mio conoscente che aveva una depressione fortemente caratterizzata da questi sintomi di apatia, di immobilità generale ecc. e notavo come sua moglie se lo accudiva, se lo coccolava per tutto il periodo in cui lui stava in questo stato. Quindi c’è questa idea che comunque c’è una relazione e nella testa del depresso questa deve essere in qualche modo presente.

Domanda (Dott. Amato): Un po’ di tempo fa in psichiatria si parlava della depressione biologica. Sono i pazienti che non rispondono alle terapie e non rispondono neanche ai farmaci. quindi l’idea è che c’è un continuum dal punto di vista quantitativo per quanto riguarda la sofferenza che va da elementi di grande peso dal punto di vista della sofferenza del paziente, a una parte centrale in cui invece c’è un’idoneità ad una terapia sino allo stato maniacale dove non esiste il dolore perché c’è la negazione della sofferenza stessa e quindi il paziente non è trattabile. Ci chiedevamo dal punto di vista dell’intervento se questo continuum da un punto di vista quantitativo è un concetto condivisibile, se questo può costituire un parametro per decidere se intervenire o meno.

Dott. Monteverde: E' certo che i pazienti visti nelle istituzioni pongono dei problemi in più. Lo psichiatra è costretto ad osservare i condizionamenti istituzionali e spesso deve intervenire in fretta, senza avere la possibilità di osservare per un tempo ragionevole alcuni aspetti sia della sintomatologia sia del decorso clinico.

Mi preme tuttavia riprendere un aspetto sottolineato dalla dott.ssa Elisa Colombo durante l'intervallo: la difficoltà di essere più presenti fisicamente, in prima persona, per aiutare il paziente ad affrontare soprattutto il dolore psichico, una volta che va venendo meno la difesa depressiva.

Questo è un momento particolarmente delicato: mi permetto di ricordarvi, stimolato dai quesiti posti sia dal dott. Amato sia dalla dott.ssa Colombo, che i vecchi psichiatri digiuni di teoria psicoanalitica, avevano osservato che i tentativi di suicidio si verificavano più frequentemente nel corso del trattamento farmacologico, quando i pazienti andavano migliorando. Interpretavano ciò come il frutto di una sorta di energia fisica recuperata con i farmaci. Ora noi ipotizziamo che l'attenuazione della difesa depressiva faccia irrompere alla coscienza il dolore di fronte al quale il paziente può soccombere cercando rifugio nella morte.

Ora noi possiamo dire che un paziente che esce dalla depressione propriamente detta si trova ad affrontare la fase di dolore, che deriva, secondo la teoria seguita dalla nostra scuola, dalla discrepanza, nella percezione, che c'è tra la rappresentazione del Sè ideale e quella del Sè attuale. E' in questa fase che il paziente rischia di sentirsi sconfitto, di poter soccombere nella battaglia che si svolge in lui per accedere o avvicinarsi il più possibile allo stato ideale. Il desiderio di morte si presenta come estremo rimedio, come una ricerca di una quiete che la difesa depressiva non gli ha garantito. Per non abbandonare neppure qui il filone della relazione oggettuale, potremmo dire, concedendo qualcosa al mondo della poesia, che il paziente chiede disperato rifugio al seno della madre terra.

Per chiudere torno a sottolineare come importante sia stare accanto al paziente in maniera significativa soprattutto in questa fase.

Mi si chiede come stare accanto al paziente, se ci sia qualcosa di specifico che possiamo fare o dire.

Io penso che dobbiamo soprattutto preoccuparci di studiare quale tipo di dialogo interno si stia sviluppando nel paziente, che cosa si sia rotto in questo dialogo che possa aver determinato lo stato depressivo: quale rappresentazione abbia del proprio Sè; quale sia la vicissitudine del rapporto con i propri oggetti interni; come mai lo status ideale si sia allontanato da quello attuale sì da determinare quella discrepanza che dà origine al dolore, all'infelicità, alla reazione depressiva; posso dire che il mio impegno in questo senso, nella mia esperienza, è stato spesso premiato dalla collaborazione dei pazienti, mediamente all'inizio riluttanti al dialogo. Pian pianino il paziente riesce ad esprimere quello che è il suo dialogo interno con i suoi oggetti; il paziente si sente accettato e compreso e riconoscente di questa condivisione e rialimenta pian pianino la speranza. Ciò si può verificare a mio parere in qualunque fase del processo depressivo, a testimoniare che non c'è mai una vera rottura tra il paziente ed il terapeuta, anche nei casi più gravi, quando sintomi quali l'amimia, l'abulia, l'apatia ci sembrano ostacoli insormontabili: basta saper trovare la chiave di un ingresso qualsiasi per trovare una mente non statica e distaccata, ma produttiva ed attiva.

Ora, visto che spesso è stato chiamato in causa il concetto di relazione oggettuale, inviterei il dott. Coen a darci qualche suggerimento teorico su questo argomento.