

DISCUSSIONE (2 a parte)

Dott. Coen: Posso solo, per valorizzare la mia relazione di stamattina, collegare questi concetti molto empirici a cose che ho detto: una è la citazione di Brodsky che mi sembra molto interessante quando lui dice che nella terapia si cerca di arrivare ad un processo di padroneggiamento degli affetti dolorosi rinunciando agli inconsci automatismi strutturali (tra questi c'è anche la depressione) che il paziente ha appreso, ha sviluppato nel corso della sua esistenza per uscire dalla situazione dolorosa. Questa rinuncia agli inconsci automatismi strutturali, e questo mi sembra molto interessante dal punto di vista terapeutico, "consegue alla scoperta della sicurezza all'interno della situazione transferale", o della situazione di rapporto terapeutico, "nella quale il paziente può far fronte al sentimento doloroso senza la minaccia di sentirsi sopraffatto". C'è quindi l'idea che si offre al paziente la possibilità di trovare una diversa soluzione rispetto a quella depressiva, di trovare cioè un modo diverso di far fronte ai suoi affetti penosi all'interno della sicurezza di questo rapporto. Questo è il primo punto. Il secondo punto è questo: il grosso progresso della teorizzazione di Sandler rispetto agli altri autori è secondo me quello di avere introdotto una sorta di stadiazione. Ci sono infatti moltissime teorie sulla depressione, molte di più naturalmente di quelle che ho citato. In tutte queste teorie mi sembra che lo schema esplicativo sia analogo: il paziente perde qualcosa, l'oggetto o l'autostima o la possibilità di amare e, se esistono determinate condizioni predisponenti, cade nella depressione. Invece Sandler ci mette di mezzo quel gradino intermedio che è il sentimento del dolore e il problema adattativo che si pone al paziente di fronte a questo sentimento. E' solo una delle possibilità del suo adattamento quella di rifugiarsi nella depressione e questa mattina abbiamo discusso di come questo rifugio possa essere più o meno profondo, più o meno caratterizzato da tristezza o da profonda apatia e distacco ecc. Questa concezione prevede questa possibilità dinamica di cui parlava il Dott. Monteverde dell'uscita dal rifugio depressivo per affrontare il dolore e trovare soluzioni diverse. Se voi pensate per esempio al caso della Sig.ra Sandler, è interessante, perché si vede che questa paziente si è depressa perché si è trovata improvvisamente in una situazione in cui non aveva più i rifornimenti su cui aveva costruito tutto il suo adattamento nella vita. Nella terapia la prima cosa che ha cercato di fare è di restaurare esattamente gli stessi meccanismi adattativi cercando di trasformare la sua terapeuta nel suo pubblico, cosa che aveva fatto per tutta la vita. Solo dopo, con il lavoro della terapia, la paziente ha trovato un adattamento diverso.

Dott. Monteverde: Ti ricordi che ci avevi promesso di sviluppare alcune considerazioni sul piano relazionale, o te lo sei dimenticato? Per ricordarglielo è utile fare una premessa. Posso dire che durante questi giorni abbiamo fatto alcune riflessioni sulla sua relazione e io mi sono trovato a pensare a che cosa capita dentro di me e cosa capita dentro i pazienti che io diagnostico come depressi nelle varie fasi in cui li trovo. Vi ricordo soltanto che nella depressione non è dato osservare in modo netto il succedersi delle singole fasi quali sono descritte schematicamente: non c'è mai soltanto una fase di ritiro, una fase di caduta dell'autostima, una fase di protesta, una fase di autoerotizzazione ecc; le cose sono tutte intrecciate, ora prevale una cosa, ora l'altra. Io mi sono accorto che sostanzialmente, mi sembra di valorizzare molto il dialogo interno che il paziente ha in qualunque fase, in qualunque situazione depressiva da grave a meno grave, cerco di vedere che tipo di dialogo ha con il proprio Sé, qual è la vicissitudine del rapporto con i suoi oggetti, perché lo stato ideale ad un certo punto è venuto a trovarsi a fronteggiare lo stato attuale. Ho rintracciato sempre la possibilità di trovare un qualche cosa che ci metta in grado di aiutare il paziente ad esprimere quello che è il suo dialogo interno con i suoi oggetti. Questo secondo me comporta un grande vantaggio nel senso che il paziente quando noi andiamo abbastanza vicini al suo stato d'animo si sente compreso e il paziente stesso ci aiuta a comprendere di più quello che sta capitando dentro di lui. Io non credo che nella depressione ci sia veramente mai un vero distacco dal terapeuta, io credo che la possibilità di dialogare con queste persone c'è sempre anche quando apparentemente sembrano indifferenti, anche quando ci appaiono come persone apatiche, amimiche, abuliche, ecc. Io credo che, potendo trovare, diciamo così un buchetto per penetrare nel loro mondo interno, sto dicendo che ci possiamo avvicinare a queste persone con lo spirito di chi lavora per cercare di comprenderle e accettarle. Parlando con il dott. Coen di questi argomenti mi chiedevo se nel frattempo lui ha trovato o sviluppato qualcosa. Lo prego di metterci al corrente e di farci una bella lezione!

Dott. Coen: Non farò niente del genere. E' il Dott. Monteverde che mi ha aperto un po' la mente riguardo all'importanza di tener conto di cosa succede della relazione oggettuale nella situazione della depressione. Invece di fare un discorso teorico, volevo raccontarvi brevemente un caso di un bambino che non ho conosciuto personalmente ma di cui sono venuto a conoscenza e che secondo me è interessante; non so se il quadro si possa definire di tipo depressivo, ma secondo me dimostra che anche in situazioni di estrema regressione il contatto con il mondo esterno e con quello che nel mondo esterno succede rimane costante. Quando l'individuo sente che c'è una possibilità di speranza esce da questa profondità regressiva.

Caso: Si tratta di un bambino africano di 9 anni circa, era figlio di un diplomatico, aveva vissuto prevalentemente in capitali estere, in Canada, in Inghilterra. A un certo punto il padre è stato richiamato nel paese d'origine, cosa che il bambino ha accettato molto male, perché naturalmente le condizioni di vita erano molto diverse. Dopo di che è scoppiata una delle tante guerre e il bambino si è trovato di fronte a situazioni di rilevanza traumatica; ha visto uccidere dei suoi compagni davanti a lui, è stato messo in una situazione estremamente difficile nel senso che durante la fuga le donne e i bambini correvano davanti e gli uomini erano dietro a circa un'ora di marcia per tenere a bada gli inseguitori, e lui doveva fare una specie di trait d'union fra i due gruppi da solo, quindi una situazione estremamente difficile. A un certo punto questo bambino aveva cominciato a manifestare dei sintomi, e pare sia comparsa una febbre, ma non ne erano sicuri perché non c'era neppure il termometro e poi ha presentato un progressivo quadro di regressione psicofisica, nel senso che non ha più parlato, ha cominciato ad avere una paralisi che poi è diventata una paralisi flaccida, ha cominciato a non reagire agli stimoli, ad avere una forte attenuazione dei riflessi, a non mangiare più, a non avere più la continenza degli sfinteri e quindi è stato poi nutrito per via parenterale. Per interessamento di un gruppo di medici volontari è stato trasferito in un ospedale italiano dove i medici sono stati molto nel dubbio diagnostico nel senso che c'era un sospetto di uno screezio encefalitico. Gli esami, il liquor, l'elettroencefalogramma tuttavia non dimostravano niente di particolare. Questo bambino per una serie di vicissitudini è stato mandato in un importante ospedale pediatrico ed è rimasto ricoverato lì 3 mesi; la diagnosi di entrata era di sospetta encefalopatia, la diagnosi di uscita: niente, cioè non c'è la diagnosi di uscita sulla cartella. E' stato sottoposto ad un sacco di esami e poi è stato mandato presso un importante centro universitario dove è stato altri 3 mesi; qui hanno avuto la bella idea – lui era a un livello di coma, perché non rispondeva agli stimoli – di sottoporlo ad un trattamento fisioterapico estremamente intrusivo, intenso, sottoponendolo a stimolazioni di ogni tipo, visive, gustative, auditive, tattili, cinestesiche ecc. e praticamente senza nessun esito. Poi è stato riportato al primo ospedale di origine e qui attraverso vie particolari hanno contattato la dr.ssa Rossano di Domodossola, la quale è andata lì e settimanalmente visitava il bambino mettendosi tranquillamente vicino a lui, cercando di parlargli o semplicemente stando in silenzio e tra l'altro ha consigliato di accendere la televisione. Il bambino passava tutto il tempo a guardare fisso la televisione, senza che si sapesse se vedesse o non vedesse, se partecipasse o meno ecc. Il bambino era qui solo con la madre; il padre e i fratelli erano rimasti in Africa ed è stato organizzato un recupero della famiglia, tutta la famiglia si è trasferita in Italia. Il bambino si è così ritrovato con tutta la famiglia riunita senza più una madre angosciata, separata dagli altri figli, ma una madre che poteva badare a lui più serenamente e poi è stato affidato ad una equipe psicologica locale; insomma dopo 2 anni e mezzo il bambino è uscito progressivamente da questo stato e ne è

venuto fuori un bambino perfetto, senza nessun esito, senza nessuna compromissione, sereno ed estroverso. Questo secondo me sta in qualche modo a dimostrare che quando lui ha sentito girare intorno a sé un'aria di sicurezza, di familiarità, è uscito dalla regressione. So che è stato anche richiesto il parere del Dott. Gasparini, il quale non ha negato l'ipotesi che ci fosse uno screezio organico, ma che ha anche detto che comunque il quadro clinico non era giustificato completamente da un'ipotesi di questo tipo. E credo che anche l'andamento clinico non confermi un'ipotesi di questo tipo. Questo caso mi ricorda molto il discorso di Engel, la sindrome di conservazione e ritiro, da cui si esce quando le cose attorno cominciano a funzionare in maniera diversa.

Dott. Monteverde: sembrerebbe un quadro classicamente depressivo.

Dott. Coen: non c'era uno stato emotivo di tristezza, c'era proprio una regressione più profonda, di distacco, descrittivamente.

Dott. Monteverde: Volevo cogliere al volo l'occasione per complimentarmi con la Dr.ssa Rossano e con il Dr. Gasparini, che sono nostri allievi e che con questo caso sono diventati famosi in Italia e all'estero.

Dr.ssa Grimaldi: Volevo dire che queste riprese possono avvenire quando anche la regressione avviene su una base di sicurezza che è stata creata nei primi anni; si vede che il bambino è stato in famiglia nei primi anni e quindi aveva mantenuto delle strutture che ha potuto riutilizzare per riacquistare fiducia e sicurezza. Bisogna quindi considerare quali strumenti di antica acquisizione hanno alla fin fine i pazienti per potersi riprendere.

Dott. Monteverde: A proposito di strutture, debbo mettervi al corrente che mi sono accorto di come assai poco sia utilizzato il concetto di Super-Io nel corso della discussione dei casi clinici di depressione.

Dott. Coen: vorrei aggiungere qualcosa sempre a proposito della teoria. Mi ha colpito una cosa: quando Freud nell'Io e l'Es sottolinea l'importanza del Super-Io nella depressione, sostiene l'idea che nella depressione l'Io ha a che fare con un Super-Io estremamente critico e rimproverante, da cui invece che amato si sente accusato. Nelle righe finali del testo tuttavia lui parla del Super-Io e della funzione protettiva della madre. E parla dell'Io che si lascia morire quando si sente abbandonato dal Super-Io, non criticato, ma abbandonato, l'Io si sente come se il Super-Io girasse la

faccia dall'altra parte e l'Io perde questa presenza protettiva. Mi è sembrato l'inizio di un'idea diversa di come possa funzionare il Super-Io nella depressione. Sappiamo che Freud ha oscillato molto nel considerare il Super-Io come un'entità cattiva o piuttosto come una presenza benevola nei confronti di un Io perso, smarrito.

Dott. Monteverde: Certamente credo che a voi non sia estranea la doppia funzione del Super-Io: funzione critica di rimprovero e funzione protettiva. La nostra scuola è particolarmente attenta ad insegnare tale doppia funzione, enfatizzando soprattutto l'aspetto della protezione.

Voglio fare un esempio.

Nel caso di un paziente che io seguo, ho potuto osservare lo sviluppo di un Super-Io particolarmente severo, a partire da esperienze infantili regolate da un clima familiare particolarmente rigido, severo, poco permissivo, con molta attenzione al lavoro produttivo e scarsa considerazione degli affetti.

Il paziente nel passato ha bene utilizzato il senso del dovere, conseguendo un ottimo successo professionale. Quando gli è stato conferito un incarico di alta responsabilità ma che comportava poca applicazione e scarso impegno, sono comparse delle crisi di ansia importanti alle quali sono subentrati degli episodi depressivi, via via più intensi. Domina il quadro clinico l'autorimprovero: accusa se stesso di tanti errori commessi nella sua vita, di leggerezza e mancanza di impegno in alcuni aspetti della sua professione.

La mia impressione è stata che non si trattava di una persona in preda alla disperazione assoluta, ma che ci fosse un dialogo interno con una sorta di residuo genitoriale, dialogo che è espressione di una funzione adattiva. A me è parso evidente che il parlare con i propri genitori interni fosse di conforto per il paziente : sono presenze interne severe, ipercritiche, disapprovanti e rimproveranti ma anche confortanti, perché i suoi genitori saranno pur stati severi, ma hanno tuttavia al contempo provveduto alla sua crescita, hanno offerto al paziente nel corso della sua vita anche cose buone. Il rapporto con me si è caratterizzato dall'attribuzione a me di una precisa funzione superegoica. Il mio compito è stato quello di rendere meno critico il Super-Io e pian piano il paziente ha accettato un dialogo interno confortante e meno severo, riuscendo a tollerare meglio il dolore. Riflettendo su questo caso mi è tornato in mente quanto Freud afferma nell'Io e l'Es, a proposito di come, a volte, il Super-Io sappia essere crudele con l'Io, attraverso il fenomeno del disimpasto delle pulsioni. Trovo molto più utilizzabile clinicamente il concetto della relazione d'oggetto, il poterci servire di una visione dell'apparato psichico che utilizzi quello che chiamiamo dialogo interno: sono concetti più comprensibili dai pazienti, direi più umani.

A questo proposito, permettetemi una parentesi di tipo culturale. Mi ha molto confortato il ricordo della lettura liceale dell'Orestea: voi ricordate che Eschilo scrisse una trilogia intitolata l'Orestea che comprendeva tre tragedie: l'Agamennone, le Coefore e le Eumenidi. Si narra del delitto che Clitennestra compie contro suo marito Agamennone che ritorna vittorioso dalla guerra di Troia, per vendicare la figlia Ifigenia, che Agamennone stesso aveva sacrificato agli dei per propiziarsi al fine di poter uscire vincitore nella guerra con i Troiani. Torna a casa, la moglie Clitennestra lo uccide e il figlio Oreste, aiutato e ispirato dal dio Apollo, sente come suo compito preciso di vendicare il proprio padre. Va nella reggia, uccide Clitennestra e fugge disperato a Delfi dove lo accoglie nel tempio Apollo che cerca di consolarlo. In questo gli fa compagnia l'amico Pilade ecc. Nella terza tragedia "Le Eumenidi", accanto ad Oreste in preghiera sonnecchiano le Erinni: qui sta il punto. Scusate l'introduzione un po' lunga e forse noiosa, ma è molto importante; i tragediografi greci avevano intuito e descritto molti aspetti cruciali della nostra vita. Dunque, accanto a Oreste pensoso, pentito e afflitto per l'uccisione della madre, sonnecchiano le Erinni che sono divinità malevoli degli Inferi e che sono preposte alla punizione dei delitti specialmente dei delitti familiari. Sono pronte cioè ad uccidere Oreste per il delitto che ha compiuto; per intercessione di Atena le Erinni pian piano si convincono a non perseguire direttamente Oreste ma a farlo giudicare nell'areopago di Atene dai giudici. I giudici ritengono Oreste non colpevole e piano piano nello sviluppo della trama, nella terza tragedia, "Le Eumenidi", (Eumenidi significa benevolenti), le Erinni cattive diventano protettive nei confronti della città di Atene e nei confronti anche di Oreste stesso che si è macchiato di un così efferato delitto. Quindi la possibilità di concepire la funzione buona, benevola ed eumenidea del Super-Io era già stata intuita nel 500 a.C. da Eschilo così come Sofocle pressoché contemporaneamente aveva intuito nella tragedia di Edipo un fondamentale conflitto con cui l'uomo deve fare i conti.

Domanda (Dott. Arrigoni): Volevo sottoporre alla valutazione del Dott. Coen delle riflessioni che ho fatto sulla base di tutto il materiale emerso oggi circa le vicissitudini del dolore nella depressione e il rapporto tra le vicissitudini della depressione e l'identità della persona, cioè mi sembra che ci sia un livello di dolore che riguarda la discrepanza tra le rappresentazioni ideali che il soggetto ha costruito dentro di sé e la rappresentazione reale e questa discrepanza lo sottopone ad un dolore. D'altra parte però la rinuncia agli ideali comporta una perdita, un grande dolore che il soggetto spesso non sopporta di vivere e quindi c'è una sorta di difficoltà a realizzare una propria identità accettata riconosciuta perché troppo lontana dagli ideali. A questo punto sul piano relazionale mi viene da pensare che il terapeuta può proporsi lo scopo di aiutare il paziente a sopportare il dolore di questa perdita dell'ideale che lo sottopone costantemente alla delusione e gli impedisce un

riconoscimento sufficientemente positivo per sé. Però il paziente può intendere questo come un'indicazione o una richiesta di doversi accontentare di poco, di doversi rassegnare; quindi il passaggio che mi sembra importante è che questa sopportazione del dolore della perdita non debba essere vissuto unicamente come perdita, ma come il riconoscimento di sé. Infatti solo a partire da sé il paziente può muovere dei passi in termini dinamici, progettuali, di sviluppo di sé, mentre la negazione di sé, perché si è abbarbicati all'ideale e alla non sopportazione della perdita dell'ideale, mantiene nella ripetitività del dolore stesso.

Dott. Coen: credo che sia importante ricordare che Sandler prima ha parlato della discrepanza tra il Sé attuale e il Sé ideale e dopo ha introdotto il concetto di stato ideale, volendo sottolineare soprattutto la componente di carattere emotivo, la componente di sicurezza ed eventualmente la componente di benessere rifacendosi al principio di sicurezza che aveva formulato anni prima. Lo stato ideale si riferisce quindi ad una situazione di sicurezza e di benessere che l'individuo può ottenere o attraverso ciò che lui fa oppure realizzando certe mete importanti oppure attraverso una situazione di carattere relazionale. Non si tratta in questo caso solo di un Sé ideale, ma di una relazione ideale, una relazione Sé-oggetto ideale, la quale può fornire alla persona questo sentimento di sicurezza e di benessere. Poi credo che sia giusto dire che la funzione terapeutica è quella di aiutare il paziente a sopportare il dolore comunque lo si chiami, che si chiami ansia, colpa, vergogna, umiliazione, che nasce appunto da questa discrepanza e quindi gli permetta di individuare una situazione di stato ideale che sia più sintona a quelle che sono le possibilità della realtà esterna e della sua realtà interna. Se mi rifaccio al caso della Sig.ra Sandler, anche lì questa donna ha avuto una perdita di stato ideale legata ad una perdita di un certo tipo di relazione e ha dovuto fare un lavoro accompagnato da molta umiliazione, da molta rabbia, da molta vergogna nella relazione terapeutica per arrivare a configurare uno stato ideale basato su un tipo di relazione diverso da quella su cui aveva basato il suo adattamento per tutta la vita.

Dott. Monteverde: E' molto importante quello che ha detto Giuliano perché dà la possibilità di fare una precisazione. Tu Giuliano hai parlato di identità e perdita dello stato ideale: noi non dobbiamo avere davanti soltanto la possibilità di pensare che si sviluppi una depressione perdendo lo stato ideale. La patologia ci offre un ampio ventaglio di scelte. Cerchiamo di non guardare tutto sotto il profilo della depressione. Per esempio io sarei molto stimolato a sviluppare la domanda di Giuliano nel senso di dire che c'è anche la possibilità di sviluppare dei sintomi, dei fenomeni che hanno a che fare con la spersonalizzazione, con il non riconoscersi più, aver perduto gli ideali, o stati ideali o l'idea di un rapporto con uno stato ideale, di non sentirsi più se stesso, di avere l'impressione

consucia della ricerca di una nuova configurazione, noi oggi diremmo di un proprio Sé. Tutto ciò non necessariamente passa attraverso la depressione.

Domanda (Dott. Casali): Avevo capito, o per lo meno avevo la convinzione che lo stato ideale del Sé fosse una condizione non necessariamente legata alla relazione oggettuale, ma qualcosa di anche molto più semplice, cioè in un certo momento lo stato ideale del Sé può essere quello per es., parlando del dolore fisico, quando uno ha il mal di denti, di non avere il mal di denti, e allora in quel momento lì quello che mi interessa è far cessare il mal di denti, quello è lo stato ideale che ho in mente, dove non vedo tanto l'aspetto relazionale.

Dott. Coen : Sandler ha cambiato termine perché il termine Sé ideale faceva pensare unicamente al Sé. La cosa è complessa perché dobbiamo sempre tener conto della relazione d'oggetto interna e quindi quando facciamo qualcosa, raggiungiamo qualche meta ambita, abbiamo sempre acceso un certo dialogo relazionale interno, nella nostra fantasia per lo meno. Quindi Sandler ha usato questo termine per definire uno stato affettivo che poi è ottenibile in vario modo, in cui l'aspetto relazionale interno e eventualmente esternalizzato è sicuramente di estrema importanza. Secondo me qui di nuovo ho l'impressione che Sandler non abbia bene aggiornato questa parte della sua teoria, che è stata elaborata prima dei suoi studi sulla relazione d'oggetto: sono rimaste due cose non bene integrate.

Domanda (Dr.ssa Vicentini): Quello che il dott. Monteverde ha detto nel suo ultimo intervento mi faceva molto pensare al periodo dell'adolescenza, quando appunto c'è questa crisi d'identità, questa depersonalizzazione che riguarda anche lo schema corporeo. Penso che, senza arrivare a dei sintomi clinici patologici, l'adolescenza di per sé comporta un lavoro psichico di quel tipo, perché bisogna fare i conti comunque con un cambiamento globale molto profondo e non sempre compare, per fortuna, la depressione, anche se compaiono sintomi altrettanto pericolosi e disturbanti. Questo mi riporta anche al processo di separazione-individuazione, quindi a tutte le tappe che deve affrontare il bambino nella sua vita dalla nascita in poi.

Dott. Coen: Non c'è bisogno di pensare all'adolescenza: anche quando si diventa vecchietti...

Dott. Monteverde: Ciò che dice la Dott.ssa Vicentini si osserva in tutte le età, non soltanto nell'adolescenza. Voglio aggiungere anche che fra i vari argomenti che abbiamo affrontato privatamente in questo periodo combattuto c'è capitato anche di fare qualche riflessione sul

suicidio: dobbiamo considerare che il desiderio di morire, nel corso della nostra vita, consapevolmente o inconsapevolmente, ognuno di noi lo ha più di una volta incontrato. Con il paziente io credo sia utile affrontare questo problema in modo esplicito: dobbiamo essere noi a farci parte attiva e chiedere al paziente se gli è mai capitato di avere dentro un desiderio di farsi fuori, di morire, di buttarsi dalla finestra, scendendo in dettaglio. Facendo così si crea una forte alleanza di lavoro con il paziente, perché il paziente si sente compreso anche in queste cose brutte, anche in queste cose inconfessabili, anche in questi movimenti emotivi che sono terribili per lui. Dovremmo riuscire a trasmettere al paziente che il suo desiderio di morte è qualcosa di fisiologico, una spaventosa ma comprensibile modalità di reagire ad uno stato di frustrazione; ma anche una modalità di comunicare con qualcuno. Il suicidio può rappresentare il frutto della stanchezza del combattimento e della lotta che si sviluppa dentro il paziente sulla base della discrepanza famosa fra lo stato attuale e lo stato ideale. Il fatto che il paziente si sente soccombere, che non ce la fa più, che vuole trovare la pace, la pace eterna tra le braccia, se volete, della madre terra, o tra i flussi del mare, ingoiato dal baratro, dal vuoto, che ci sia una estrema ricerca di una pace eterna, e anche questo fa parte di una visione, se volete, di una delle tante situazioni depressive in cui il dialogo interno del paziente non si interrompe mai.

Dr.ssa Grimaldi: hai dimenticato di dire quanto il suicidio può avere un significato che attiene alla relazione d'oggetto magari ostile nei confronti delle persone importanti, magari dei genitori o altro. Ho visto dei ragazzini che effettivamente volevano in questa maniera punire i genitori e mantenevano un dialogo molto significativo con loro sentendo che i genitori avrebbero sofferto se loro non ci fossero stati.

Dott. Monteverde: il nostro compito è quello di individuare il bisogno, una necessità, una situazione di frustrazione, un desiderio di congiungersi con una mamma idealizzata o qualcosa del genere. Una cosa non contraddice l'altra, a volte affiora una cosa, a volte l'altra, possono essere entrambe presenti contemporaneamente. Ci può essere il desiderio di punire i genitori e contemporaneamente proprio denunciare l'estrema situazione di carenza interna in cui versa la persona che vuole suicidarsi. Quindi un estremo tentativo di dialogo con una persona buona.

Dott. Coen: Stimolato da questa discussione con lui sono andato a riguardarmi Freud, che cosa Freud diceva del suicidio.

Era una serissima discussione davanti alla Società psicoanalitica viennese, sui suicidi dei giovani e c'è questa frase un po' misteriosa ma che in qualche modo richiama quello che vi ha appena detto

riccamente il dott. Monteverde, cioè che è possibile che l'Io superando gli imperativi della pulsione di autoconservazione si faccia fuori per dei suoi interessi egoistici, che quindi ci sia qualcosa nell'Io che lo porta a superare la pulsione di autoconservazione per qualcosa che per lui è più importante. Ho pensato che Freud potesse riferirsi appunto a questo bisogno di congiungersi con la madre idealizzata, questo bisogno della pace eterna ecc. Poi c'è il fatto che in tutti i casi clinici di Freud ci sono dei riferimenti al suicidio tranne nel caso del piccolo Hans; in particolare nell'articolo sulla psicogenesi di un caso di omosessualità femminile Freud sottolinea molto bene che bisogna andare al di là del contenuto manifesto dell'atto suicidario. Descrive un atto suicidario di questa giovane e individua diverse fantasie di tipo relazionale che questa paziente cerca di attualizzare con questo atto, e fra l'altro ipotizza la presenza di una fantasia di parto, a partire dalla particolare modalità che questa donna ha adottato nel cercare di farsi fuori. Ora indipendentemente dalla validità o meno di quest'ipotesi mi sembra molto importante che Freud, superando ogni comportamentismo, dicesse: "Guardiamo qual è il contenuto latente dell'atto".

Domanda: (Dott. Arrigoni). Per me lavorare con persone depresse è particolarmente difficile per cui chiedevo se si poteva porre l'accento non soltanto sull'aspetto intrapsichico o comunque delle relazioni oggettuali interne ma anche sulle vicissitudini della relazione tra il terapeuta e il paziente depresso, a partire dal fatto che le ultime ricerche sullo sviluppo infantile pongono come sostanziale, per lo sviluppo intrapsichico del bambino, la relazione con chi si occupa di lui, per cui c'è uno stato ideale che il bambino cerca di realizzare in una sua autoregolazione ma anche uno stato ideale di chi si occupa di lui, per es. la figura materna o il terapeuta, per realizzare un suo stato ideale. C'è un'interazione e una regolazione reciproca nella relazione. Mi sembrava interessante approfondire questo aspetto, cioè cosa succede, come si autoregolano e si regolano interattivamente un terapeuta e il suo paziente depresso.

Dott. Coen: Posso chiederti qual è la natura delle tue difficoltà?

Dott. Arrigoni: il sentimento di impotenza di una persona in uno stato depressivo mi passa addosso nella misura in cui spesso ho la sensazione di assoluta inefficacia di qualsiasi cosa io possa dire, proporre, interpretare, comprendere. Può essere che mi capiti di coltivare dei desideri di cambiamento che sono più funzionali al mio desiderio di efficacia che non tanto al bisogno del paziente in quel momento. Può capitarmi di nutrire dei sentimenti di insofferenza e aggressività rispetto alle risposte del paziente che tendono ad annullare o vanificare qualsiasi tentativo di favorire un suo stato di maggior benessere o di minimo cambiamento. A volte sembra che il

paziente abbia recepito qualcosa a suo vantaggio rispetto a quello che è successo nella seduta, la volta dopo è come se non fosse successo nulla.

Dott. Coen: Io ho imparato che, proprio detto terra terra, è estremamente importante infondere nella relazione terapeutica un grande elemento di speranza, un forte investimento, dobbiamo tenerci alla persona, volerle bene. Credo che, per usare un termine teorico, la relazione terapeutica deve essere veramente un'esperienza emozionale correttiva, e credo che il nostro compito, quello che dobbiamo cercare di fare è di tenere a bada tutte queste cose, questi sentimenti che tu hai descritto, che continuamente ci assalgono tutti i giorni, più o meno, e dobbiamo farlo in noi per essere in grado di trasmetterlo al paziente. Credo che questa sia una componente, al di là dell'attività interpretativa, vitale ed essenziale del nostro lavoro.