

Note sulla depressione infantile ¹

di

Joseph Sandler e W. G. Joffe

.....una persona sana deve avere la capacità di soffrire ed essere depressa (Hartmann, 1939).

.....quello che appare come 'patologico' in una sezione trasversale del processo di sviluppo può, visto in una dimensione longitudinale, rappresentare la migliore soluzione possibile di un determinato conflitto infantile (Hartmann, 1954).

Introduzione

Il ricercatore che intende affrontare il tema della depressione nell'infanzia si trova inevitabilmente di fronte ad un compito molto difficile. Se lo avvicina dal versante della classificazione psichiatrica della malattia depressiva dell'adulto, fin dal principio sarà ostacolato dal disaccordo che i diversi autori hanno riguardo le differenze essenziali fra i vari quadri di malattia depressiva che si incontrano nella pratica clinica.² La differenziazione tra depressione psicotica e nevrotica e tra endogena e reattiva è tutt'altro che facile, e sembra che ci sia un intero spettro di condizioni cliniche che, tutte, possono essere legittimamente definite come depressione. D'altra parte, in questo gruppo di malattie ci sono differenze nelle caratteristiche cliniche che sono molto significative, in particolare dal punto di vista della prognosi e della terapia. Applicare ai bambini le classificazioni descrittive di depressione esistenti non risulta di grande aiuto, ma non possiamo non rimanere colpiti dalla relativa assenza, nei bambini piccoli, della sindrome, costantemente descritta da più di duemila anni, della psicosi maniaco-depressiva, o depressione psicotica. Soltanto nella prepubertà e nella pubertà vengono occasionalmente descritti dei casi, ed anche allora c'è spesso motivo di dubbio sulla diagnosi.³

Ci sono stati molti studi psicoanalitici sulla depressione negli adulti, da Abraham (1911, 1916, 1924) e Freud (1917) in avanti, e la comprensione che questi e i successivi autori hanno reso possibile è di grande aiuto quando andiamo a considerare i bambini. Tuttavia, c'è anche molto che ci confonde, perché nella letteratura psicoanalitica (con alcune importanti eccezioni) c'è stata una tendenza radicata a generalizzare il quadro dinamico postulato da Freud per la melanconia a *tutti* gli stati depressivi, cioè a vederli

¹ Il materiale usato è stato raccolto alla Hampstead Child-Therapy Clinic....

² Cf. a questo proposito la recente discussione di Mendelson (1960) e Grinker e Coll. (1961).

³ In una revisione di questo argomento, Antony e Scott (1960) concludono che "...il verificarsi di una depressione maniacale nella prima infanzia *come fenomeno clinico* deve ancora essere dimostrato".

come la conseguenza del rivolgersi dell' aggressività e dell' odio, tramite un Super-io punitivo e distruttivo, contro il sé, che è contemporaneamente identificato con l' oggetto perduto e amato in modo ambivalente. Se abitualmente gli psicoanalisti hanno fatto un qualche tipo di differenziazione clinica tra le depressioni nevrotiche e psicotiche, queste distinzioni di solito sono state considerate quantitative (Rado, 1928; Fenichel, 1945). Possiamo legittimamente dubitare che teorie fortemente influenzate dallo studio della melanconia nell' adulto rappresentino il punto di partenza più idoneo per lo studio della depressione nei bambini.

Se ci avviciniamo al problema dal lato della ricostruzione retrospettiva delle storie di vita dei pazienti adulti, rischiamo di nuovo di essere fuorviati, perché le interpretazioni genetiche sono fortemente influenzate da una quantità di fattori di distorsione (Kris, 1956). Peraltro, sembra chiaro che, anche se molti adulti depressi hanno sofferto una perdita o separazione traumatica nella loro infanzia, non è affatto sempre così. Un certo numero di autori, crede, tuttavia, che ci sia *sempre* una precedente esperienza di perdita dell' oggetto, in fantasia se non nella realtà. Riprenderemo più avanti questo punto in modo più dettagliato. In generale, sebbene dal lavoro con gli adulti risulti con un alto grado di evidenza che la predisposizione alla depressione è almeno in parte correlata con le vicissitudini dello sviluppo della personalità nell' infanzia, non c'è alcuna evidenza convincente per sostenere la tesi che gli adulti depressi hanno sempre o spesso avuto una *malattia* depressiva durante l' infanzia.

La situazione si complica ancora di più quando avviciniamo il problema della depressione infantile a partire dal lavoro con pazienti adulti, ponendo l' enfasi sulle sindromi cliniche che etichettiamo come depressione, piuttosto che sulla depressione come un affetto, uno stato d' animo, che può essere o non essere un sintomo preminente nella malattia del paziente. La designazione delle malattie depressive come *disturbi affettivi* riguarda solo nominalmente questo punto di vista. La questione è precisata opportunamente da Grinker e Coll. (1961):

Le descrizioni che i manuali riportano di questa entità sono resoconti stereotipati che sono stati copiati di libro in libro e ripetuti di generazione in generazione....Questo è tanto più strano in quanto il termine *depressione* è una descrizione di un affetto predominante e non dà alcuna indicazione sui processi sottostanti, i fattori predisponenti, o le cause precipitanti. In quanto affetto che può dominare lo stato d' animo dei singoli pazienti, la depressione può essere un sintomo di un' ampia varietà di problemi psicologici ed accompagnare quasi ogni entità nosologica clinica.

Sappiamo bene che ci sono circostanze che normalmente e giustamente determinano sentimenti di depressione, e propenderemmo per l' esistenza di una patologia se queste reazioni non si verificassero quando normalmente ce le aspettiamo.

Se consideriamo la gran quantità di lavoro che è stata riportata sull' argomento della depressione infantile in sé, troviamo che non c'è unanimità sull' esistenza della depressione come *entità* clinica prima dell' adolescenza o della preadolescenza. La

letteratura chiaramente riflette l' assenza di criteri comportamentali, descrittivi o psicodinamici condivisi per questa categoria diagnostica, sebbene siano frequentemente descritti *indicatori* di depressione, più comunemente sotto la forma dei cosiddetti *equivalenti depressivi*⁴ (sintomi psicosomatici, disturbi dell' alimentazione e del sonno, noia, irrequietezza, ecc.). Se accettiamo l' esistenza di forme 'mascherate' di depressione, dovremmo avere solide basi per andare alla ricerca di tali stati in forma diretta, in particolare nel materiale dei bambini in analisi.

Un riassunto delle scoperte dell' Hampstead Index

Tra gli adulti è di solito il paziente che va a chiedere una terapia, che sente la propria sofferenza come qualcosa di alieno da cui consciamente vuole essere liberato. Il bambino, al contrario, di solito viene portato in terapia se i suoi sintomi affliggono gli altri, e a questo proposito dobbiamo tenere conto della diffusa tendenza degli adulti a denegare qualsiasi stato del bambino che sa di depressione, e a darsi da fare, spesso con un certo successo, per convincere il bambino che non è infelice. Lo stesso genitore potrebbe benissimo cercare aiuto per il suo bambino per disturbi fobici o ossessivi o per un disturbo del comportamento di qualche tipo.

Con questi pensieri in testa abbiamo esaminato il materiale di circa cento casi di bambini di tutte le età trattati psicoanaliticamente alla Hampstead Child-Therapy Clinic. Questo materiale è registrato nell' Hampstead Index (Sandler, 1962), un archivio che consente che una casistica notevole di materiale clinico sia facilmente disponibile per il ricercatore. Cominciammo a cercare in questi casi se esistesse una costellazione manifesta che comprendesse in qualche modo uno stato d' animo depressivo e che presentasse qualche somiglianza con qualcuno degli stati depressivi che si incontrano nella pratica psichiatrica con gli adulti. Scoprimmo che un certo numero⁵ di bambini di tutte le età mostrava quella che potrebbe essere chiamata una *reazione depressiva* ad un' ampia gamma di circostanze precipitanti interne o esterne.

Abbiamo trovato una combinazione di alcune delle seguenti caratteristiche, registrata nel materiale indicizzato relativo ad un vasto gruppo di casi:

1. Il bambino sembrava triste, infelice o depresso. Questo non significa che il bambino si lamentasse per l' infelicità, né che apparisse consapevole di ciò. Questa caratteristica sembra riflettere una costellazione comportamentale affettivo-motoria rilevata dal terapeuta.

⁴ Per una discussione degli equivalenti depressivi nei bambini, vedi Toolan (1962).

⁵ In questo contesto non è significativo stabilire esattamente i numeri. Quella che fu trovata era una tendenza ad una reazione depressiva in moltissimi dei bambini in analisi, ma il grado al quale si manifestava variava enormemente per intensità e durata. Inoltre la reazione non si manifestava in forma pura, ma spesso con una aggiunta di altre manifestazioni (largamente difensive). Se ne parlerà più avanti.

2. Il bambino mostrava un certo grado di quello che viene descritto come ritiro, ed è riportato come un avere, a volte o costantemente, poco interesse per tutto. Può sembrare annoiato.
3. Il bambino era descritto come scontento, difficile da soddisfare e con poca capacità di provare piacere.
4. Comunicava un sentimento di sentirsi respinto o non amato, pronto a voltarsi dall'altra parte rispetto agli oggetti deludenti.
5. Il bambino non era disposto a ricevere aiuto o conforto, ed anche se lo chiedeva o sembrava accettarlo, la sua insoddisfazione e scontentezza riemergeva.
6. Vi era una tendenza a regredire ad una passività orale. Questo accadeva in certi casi anche se il bambino aveva fatto reali tentativi di adattamento.
7. Erano segnalati insonnia o altri disturbi del sonno.
8. Erano descritte attività autoerotiche o altre attività ripetitive.
9. Infine, il terapeuta spesso riportava difficoltà nel mantenere un contatto intenso col bambino per un tempo prolungato.

La Depressione come Risposta Affettiva di Base

Il quadro clinico isolato qui sopra sembra consistere di un certo numero di componenti. Il suo nucleo è una risposta affettiva depressiva di base, ma include anche un certo numero di caratteristiche che potrebbero essere intese come l'espressione di tentativi di fare i conti con l'esistenza di quell'affetto, o di prevenirne la comparsa. In particolare, a causa del ruolo importante che l'aggressività non scaricata gioca nella genesi della risposta depressiva, anche derivati delle manifestazioni aggressive o difese da esse contaminano il quadro.

Un esame dei diversi contesti in cui la reazione depressiva compare e scompare, mostra che siamo alle prese con una modalità specifica di reazione affettiva, piuttosto che con una sindrome o una malattia in sé. Se pensiamo ad essa nello stesso modo in cui pensiamo ad un'altro affetto spiacevole di base, cioè l'ansia, possiamo osservare delle somiglianze. In talune circostanze potremmo definire le manifestazioni comportamentali dell'ansia come un complesso sintomatologico, ma da un punto di vista psicoanalitico le manifestazioni evidenti di forte ansia possono essere viste come il risultato di un'irruzione affettiva, conseguente al fallimento dei controlli e delle difese dell'Io. La reazione depressiva, considerata come uno stato affettivo di base può essere, come l'ansia, di lunga o breve durata, di bassa o alta intensità, e può manifestarsi in una gran varietà di tipi di personalità e di condizioni cliniche. Può capitare in ogni stadio evolutivo, e trovarsi associata ad ossessioni, fobie, sintomi isterici, delinquenza, e a numerose altre manifestazioni. Come l'ansia, in determinate circostanze la reazione depressiva è una risposta affettiva normale e appropriata, e sembra essere soprattutto un fattore quantitativo a determinarne intensità e durata. La sana capacità di tollerare la depressione, inoltre, gioca un ruolo nel determinare quanto questo affetto può essere sopportato senza che l'Io abbandoni il suo ruolo di promuovere un progressivo adattamento.

A noi sembra che siamo qui di fronte alle manifestazioni di una reazione affettiva psicobiologica di base che, come l' ansia, diventa anormale quando si manifesta in circostanze inappropriate, quando persiste per un indebito lasso di tempo, e quando il bambino è incapace di adattarsi ad essa in un modo appropriato alla fase evolutiva. E' nostra convinzione che se la depressione è vista come un affetto, se noi le assegnamo il medesimo status concettuale dell' ansia, allora molta della letteratura sulla depressione nei bambini (e questo potrebbe valere anche per gli adulti) potrebbe essere integrata in modo significativo. Possiamo vedere questo nella sua forma elementare nella depressione anaclitica, descritta da Spitz (1946) nel seguente modo:

Apprensione, tristezza, pianto.
Perdita del contatto, rifiuto dell' ambiente circostante, ritiro.
Ritardo nello sviluppo, ritardo nella reazione agli stimoli, lentezza nei movimenti, abbattimento, stupor.
Perdita dell' appetito, rifiuto di mangiare, perdita di peso.
Insonnia.

Spitz prosegue dicendo:

In questi casi a tale sintomatologia dovrebbe essere aggiunta l' espressione fisiognomica, che è difficile da descrivere. Questa espressione in un adulto sarebbe descritta come depressione.

Sebbene Spitz descriva a buon diritto la depressione anaclitica come una sindrome in sé, collegata con la perdita dell' oggetto d'amore, a noi sembra che il quadro che egli descrive potrebbe utilmente essere visto come una reazione psicobiologica di base ⁶ alla privazione. E' interessante e importante osservare che bambini affetti da malattie con deficit organici mostrano la stessa reazione generale in aggiunta ai sintomi specifici determinati dai deficit connessi alla malattia. Così Gelfand (1947), descrivendo le manifestazioni della pellagra infantile negli Africani, annota:

Un sintomo precoce ed essenziale è l'alterazione della personalità dell' infante, che diventa irritabile, irrequieto e piange al minimo stimolo. Giace raggomitolato, nascondendo la testa nel grembo della madre, e odia la luce. Le gambe sono accostate e la schiena si curva in modo caratteristico. Rifiuta

⁶ Jacobson (1953), discutendo il punto di vista sugli affetti sostenuto da Freud ne "L'Inconscio" (1915), dice: "...in questo lavoro Freud distingue fra affetti e sentimenti. Il termine 'affetti' si riferisce alla serie completa di fenomeni psicofisiologici di scarica, che sono fisiologici in quanto si manifestano in cambiamenti corporei, e psicologici in quanto sono percepiti come sentimenti". Il punto di vista di Freud, qui, è quello sviluppato prima che venisse formulata la teoria strutturale, ma l'affermazione sembra rimanere valida per gli affetti dell' ansia e della depressione, sebbene essi non siano i diretti correlati di una scarica istintuale.

di essere toccato, e la sola persona con qualche influenza sul bambino è la madre. E' nel senso più proprio un bambino infelice.⁷

La Reazione Depressiva e le sue relazioni con il Lutto

Quando ci siamo messi alla ricerca di un fattore comune in quelli tra i nostri casi che mostravano la reazione depressiva, è risultato chiaro che essa compariva in circostanze in cui il bambino era messo di fronte ad uno specifico tipo di minaccia al suo benessere. Un aspetto essenziale di questo è il sentimento di avere perduto, o di essere incapace di raggiungere qualcosa di essenziale per la propria integrità narcisistica.

Questo stato di cose nei bambini fu descritto da Abraham nella sua discussione della *primal parathimya* [paratimia primitiva], che si manifesta nei bambini prima della risoluzione del complesso di Edipo e che era da lui considerata come una delle precondizioni della successiva malattia depressiva. Abraham si riferisce (1924) alla severa ferita al narcisismo infantile determinata dalle successive delusioni in amore. Dice, in relazione ad un caso tipico:

Per quanto riguarda questo fattore, numerosi dei miei casi di melanconia mostravano una significativa similarità nello schema degli eventi significativi. Il bambino aveva sentito di essere il favorito della madre ed era stato sicuro del suo [di lei] amore. Aveva poi subito una delusione da parte di lei e si era ripreso con difficoltà dall' effetto sconvolgente di ciò. Successivamente, aveva avuto nuove esperienze dello stesso tipo che gli avevano fatto sentire che la perdita era irreparabile.....Così, come un bambino aveva avuto l' impressione di essere completamente abbandonato. Ed era questo sentimento che aveva dato il via al suo primo attacco di depressione.⁸

⁷ Sebbene si possa argomentare che questo quadro sia una conseguenza di cambiamenti nel sistema nervoso centrale nei bambini affetti da pellagra, una risposta molto simile è caratteristica di bambini affetti da un' ampia varietà di malattie debilitanti.

⁸ Molti autori hanno riecheggiato il punto di vista di Abraham. Per esempio, Edith Jacobson (1946, 1947) ha postulato un disturbo depressivo primario nell' infanzia che può essere distinto dai tentativi secondari di difesa e reintegrazione. Scrive (1953): "Essi manifestano un generale pessimismo, disillusione e perdita di interesse per la vita e per se stessi. Tutto è diventato privo di senso, spiacevole o vuoto".

Tutti i precedenti lavori psicoanalitici sulla depressione si sono basati sull'assunto che la perdita sperimentata dal bambino o dall'adulto depresso sia la perdita, reale o di fantasia, di un importante oggetto d' amore.⁹

Se quello che viene perduto può essere un oggetto, può altrettanto bene essere un precedente stato del sé. Infatti, vorremmo mettere l' enfasi su quest' ultimo, piuttosto che sul fatto della perdita dell' oggetto *in sé*. Quando un oggetto amato è perduto, quello che è davvero perduto, pensiamo, è lo stato di benessere implicito, sia psicologicamente che biologicamente, nella relazione con l' oggetto. Il bambino piccolo che subisce una deprivazione fisica o psicologica nella fase che precede un' adeguata strutturazione delle rappresentazioni degli oggetti può mostrare una risposta depressiva alla perdita del benessere psicofisico. Anche un bambino più grande, che può distinguere correttamente le rappresentazioni del sé e degli oggetti, può reagire con depressione alla nascita di un fratello; una reazione che non è, secondo noi, primariamente una perdita d' oggetto, *ma piuttosto un sentimento di essere stato privato di uno stato ideale, il veicolo del quale era il possesso esclusivo della madre*. Ci sono, naturalmente, molti diversi modi in cui il bambino può reagire ad esperienze dolorose di questo genere, e non dobbiamo equiparare tutte le varietà di infelicità alla reazione depressiva. Se, tuttavia, la sua risposta è caratterizzata da un sentimento di impotenza, e mostra passiva rassegnazione nel comportamento, possiamo considerarlo depresso.

Con lo sviluppo delle relazioni oggettuali e quando la costanza d' oggetto si è stabilita in un modo più sicuro, si è, di conseguenza, più inclini ad enfatizzare la perdita oggettuale piuttosto che la perdita dello stato di benessere strettamente connesso [embodied] con la relazione con l' oggetto. Con questa formulazione non intendiamo sottovalutare l' importanza delle relazioni oggettuali in generale, ma sottolineare il fondamentale legame fra l' affetto depressivo e la perdita di stati di benessere del sé.

Affetto depressivo e dolore

La depressione ha una relazione diretta con il dolore mentale (*Schmerz*), nel senso in cui lo ha usato Freud nell' Appendice C di *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926). Lo

⁹ Un' eccezione importante è il contributo di Bibring (1953), che vide la depressione come uno stato affettivo dell' Io. "Da questo punto di vista" scrive "la depressione può essere definita come una espressione emotiva (un indicatore) di uno stato di impotenza e di mancanza di risorse dell' Io....". Per Bibring, il meccanismo di base della depressione consiste nella "sconvolgente consapevolezza dell' Io della propria impotenza riguardo alle sue aspirazioni (che) viene assunta come il nucleo della depressione sia normale, che nevrotica, che (probabilmente) psicotica".

La nostra concezione della reazione depressiva di base è simile a quella di Bibring; un importante punto di divergenza riguarda l' uso che Bibring fa del concetto di autostima in questo contesto. Noi evidenzieremo soprattutto la natura biologica di base della reazione depressiva, connessa al dolore (ed al suo opposto, 'il benessere'), piuttosto che il concetto, psicologicamente più elaborato, di 'autostima'. Inoltre, noi attribuiamo maggiore importanza al ruolo dell' aggressività di quanto non faccia Bibring.

stato affettivo di base che stiamo considerando non è, tuttavia, identico al dolore. Consiste in quello che potremmo descrivere come uno stato di rassegnazione impotente di fronte al dolore, accompagnato da una inibizione sia della scarica istintuale che delle funzioni dell'Io. Sono possibili altre reazioni al dolore mentale, altre forme di infelicità, che non sono tuttavia, strettamente parlando, reazioni depressive in senso proprio. Il lutto, per esempio, ha il suo punto centrale nei tentativi dell'Io di ridurre la dolorosa esperienza della perdita dell'oggetto d'amore, di elaborare le situazioni che danno origine al dolore ed alla minaccia della depressione. La tristezza ha in sé una componente di rassegnazione e di accettazione (ma non necessariamente di impotenza). L'afflizione ha similmente un contenuto mentale in cui c'è il riconoscimento che l'oggetto è perduto, ma la perdita non può essere accettata. Il rimorso è associato con la convinzione di chi soffre di avere danneggiato irrimediabilmente gli altri, e con il desiderio di annullare le cattive azioni commesse; e così via.

Freud osservò che il dolore si manifesta ogni volta che si verifica dalla periferia una rottura della barriera contro gli stimoli, cui consegue un ininterrotto stimolo istintuale "contro cui l'azione muscolare, che è una risposta efficace in quanto allontana dallo stimolo la parte sottoposta alla stimolazione, è impotente". Lo stesso effetto si può creare quando il dolore proviene da un organo interno. Freud continua dicendo: "Quando c'è un dolore fisico si determina quello che può essere chiamato un investimento [cathexis] narcisistico della parte dolente".

Freud estese il suo punto di vista sul dolore fisico al dolore psicologico, considerando che l'iperinvestimento della parte dolente ha una precisa corrispondenza nell'"intenso investimento di desiderio che è concentrato sull'oggetto scomparso o perduto (un investimento che cresce costantemente perché non può essere soddisfatto)". Tutto ciò crea "le medesime condizioni economiche che vengono create dall'investimento del dolore che è concentrato sulla parte del corpo danneggiata". Freud prosegue attirando l'attenzione sullo stato di impotenza che si produce, corrispondente all'impotenza che si verifica nel caso di un dolore fisico incontrollabile.

Noi possiamo, tuttavia, assumere che nel benessere ¹⁰ c'è una sostanziale corrispondenza fra lo stato attuale del sé ed uno stato ideale. Quando insorge uno stimolo doloroso si accresce la discrepanza tra lo stato attuale del sé e lo stato ideale. Ne risulta un'iperinvestimento dell'area di discrepanza tra sé attuale e sé ideale (cioè della parte dolente).

Allo stesso modo il dolore mentale riflette una discrepanza fra lo stato attuale del sé ed uno stato ideale di benessere psicologico. *Se la presenza di un oggetto d'amore è una condizione essenziale per avvicinare il sé attuale all'ideale, la perdita dell'oggetto (o di qualunque altra precondizione essenziale di questo genere) provoca inevitabilmente dolore mentale.* Se la persona si sente senza aiuto, impotente e rassegnata di fronte alla situazione dolorosa, allora sperimenta la risposta affettiva della depressione.

¹⁰ Per una discussione dello stato affettivo del benessere, vedi Sandler (1960b).

Quello che abbiamo nella risposta depressiva è essenzialmente uno stato di deprivazione – rassegnazione. Questi stati si possono manifestare subito dopo la perdita del benessere, o quando tale perdita è segnalata, oppure possono venire dopo strenui tentativi di ristabilire lo stato perduto e desiderato.

Aggressività e reazione depressiva

In precedenza abbiamo sostenuto che il dolore mentale insorge quando lo stato attuale del sé del bambino non corrisponde ad uno stato ideale, uno stato di benessere psichico. Poiché lo stato attuale del sé del bambino non è mai del tutto coincidente con lo stato ideale, si verificano costantemente fluttuazioni nel grado di benessere. Per alcuni bambini, anche una modesta discrepanza di questo stato è sperimentata come acutamente dolorosa, mentre altri possono facilmente tollerare una sostanziale disparità fra stato attuale del sé e stato ideale. La capacità di tollerare tale disparità è ovviamente importante per lo sviluppo del bambino.¹¹

I bambini sono molto diversi tra loro per quanto riguarda la risposta al dolore mentale, e questa variabilità si estende dalla non accettazione rabbiosa, piena di protesta, dello stato doloroso, agli stati di passiva, impotente rassegnazione che abbiamo descritto come risposta depressiva. Noi pensiamo che l'esperienza del dolore mentale normalmente mobilizzi l'aggressività, che viene poi indirizzata contro quella che è sentita come la sorgente del dolore.¹² L'aggressività può essere usata per modificare sia lo stesso sé del bambino che le circostanze esterne, in modo da ridurre il grado di dolore mentale che si sta provando. Queste modificazioni possono portare sia ad un progressivo adattamento che ad un disturbo evolutivo. Dall'altra parte, se il bambino si sente impotente di fronte al dolore, e non può scaricare l'aggressività, l'accumulo di aggressività non scaricata può rinforzare lo stato di dolore in modo tale da costringere il bambino in uno stato di rassegnazione impotente.

L'analisi delle reazioni depressive mette spesso in luce sentimenti di rabbia impotente e vana cui per motivi interni o esterni non è stata concessa espressione. E' però un'ipersemplificazione dire che questa aggressività si è semplicemente rivolta contro il sé *tramite un'identificazione con l'oggetto odiato*. E' nostra opinione che nei bambini sia molto più frequente una diretta inibizione dell'aggressività, oppure l'indirizzare la rabbia contro il sé attuale, non amato o odiato perché non soddisfacente. Si può accompagnare rabbia verso l'oggetto (o l'introietto) frustrante, e si può verificare uno spostamento dell'aggressività dal sé all'oggetto e viceversa.

¹¹ Descrivendo la reazione del bambino al dolore fisico, Anna Freud ha sostenuto (1952) che i bambini reagiscono al dolore proporzionalmente a quanto investono l'evento doloroso o le circostanze di significato psichico. Lo stesso vale certamente per il dolore mentale.

¹² Questo si manifesta nel comportamento che Bowlby (1961) e Robertson hanno chiamato la fase della protesta che segue la separazione del bambino piccolo dalla madre. Secondo noi questa risposta, osservata empiricamente nel corso della separazione, si manifesta, più in generale, come risposta iniziale al dolore mentale.

Si dovrebbe aggiungere che alcuni bambini mostrano una semplice passività di fronte alla frustrazione. Si può trattare di una difesa regressiva contro lo sperimentare il dolore mentale, cosa diversa dalla risposta depressiva, dalla quale dovrebbe essere distinta con cura. La risposta depressiva sembra essere sempre associata con aggressività non scaricata.

Il ruolo del Super-io nel provocare la risposta depressiva è importante, ma non può essere esaminato in dettaglio qui. Sappiamo che la colpa compare come conseguenza della percezione da parte dell'Io che il sé attuale non può essere all'altezza degli ideali che sono stati indicati dagli introietti superegoici (Sandler, 1960a). Il Super-io esercita la propria influenza in questo ambito principalmente in due modi. Il primo consiste nel presentare all'Io standard ideali non realistici e irraggiungibili. Ne consegue che quando si realizza (nella realtà o in fantasia) una gratificazione istintuale, gratificazione che dovrebbe normalmente portare ad uno stato di benessere, viene sperimentata la colpa. Nella nostra concezione, la colpa è una varietà di dolore mentale, ed il bambino può rispondere ad essa con la depressione.

Il secondo modo attraverso cui il Super-io contribuisce a provocare la reazione depressiva è tramite la rimozione dell'aggressività che può provocare. Esprimere rabbia verso gli oggetti frustranti può evocare la paura delle punizioni del Super-io e a questo può conseguire sia la diretta rimozione dell'aggressività stessa, sia uno spostamento dell'aggressività dall'oggetto al sé (che non è necessariamente la stessa cosa dell'identificazione con l'oggetto aggressivamente investito). Tendenze masochistiche e bisogno di punizione rinforzeranno questo processo.

Ci sono certamente molti fattori accanto all'influenza del Super-io che determinano perché alcuni bambini facilmente reagiscono in modo depressivo alla frustrazione o ad ogni forma di dolore mentale, mentre altri rimangono arrabbiati e non si rassegnano. Devono essere importanti fattori come la disposizione costituzionale.

Il ruolo delle difese

Abbiamo postulato che una condizione essenziale per la reazione depressiva sia da una parte l'esistenza di uno stato ideale del sé sentito come irraggiungibile e, dall'altra, un'attitudine all'impotenza di fronte alle circostanze interne ed esterne frustranti. Quanto più lo stato ideale è investito dal bambino e quanto più irrealistico è, tanto maggiore sarà la sua reazione depressiva, latente o manifesta, di fronte alla sua irraggiungibilità. Bisogna aggiungere che quando il bambino è incapace di tollerare in modo adeguato le esperienze di frustrazione, e in particolare di affrontare la propria aggressività, può regredire ad una fase precedente. Questo comporta il reinvestimento di stati ideali infantili e primitivi, che il bambino può essere capace di raggiungere oppure no. Se non riesce, il suo sentimento di essere senza speranza risulta accresciuto. Dall'altra parte, il reale raggiungimento di stati ideali magici e onnipotenti infantili (nella realtà o in fantasia) si manifesta con modificazioni regressive del comportamento del bambino (p. es. nei sogni a occhi aperti, succhiandosi il pollice, con rituali ossessivi, ecc.).

In quello che abbiamo detto finora, ci siamo concentrati principalmente sulla natura della risposta di base in sé, e abbiamo considerato solo uno o due aspetti della questione importantissima delle misure adattative che possono essere assunte per prevenire sia l'insorgere dell'affetto depressivo che la sua intrusione nella coscienza. Come il suo cugino, l'ansia, l'affetto depressivo può essere ridotto alla funzione di segnale o di avvertimento, e difese di ogni tipo si possono attivare contro il pericolo del suo manifestarsi. Quindi è chiaro che il quadro della reazione depressiva che abbiamo tratteggiato più sopra è contaminato da manifestazioni regressive che rappresentano tentativi di difesa contro l'affetto depressivo. Le manifestazioni ossessive, con la loro componente di controllo magico di sé e dell'ambiente, possono anche rappresentare tentativi di compensazione rispetto a sentimenti di impotenza e di prevenzione dell'emergere della depressione. Ci sono però anche molte manovre difensive che non sono necessariamente regressive. Il rivolgimento dell'affetto, per esempio, in cui i sentimenti depressivi sono capovolti e oscurati dall'eccitamento e dal fare il pagliaccio, è una difesa impiegata di frequente. In questo caso il sottostante affetto spesso si manifesta nell'espressione del viso del bambino nei momenti di debolezza. In altri casi, l'affetto può trovare espressione nella forma di stati psicosomatici equivalenti dell'affetto. L'identificazione con gli oggetti idealizzati può ugualmente e bene svolgere una funzione difensiva e i tipi di adattamento difensivo si possono moltiplicare all'infinito (cfr. Rochlin, 1959). Quello che è cruciale in tutti è il tentativo di denegare o prevenire l'esperienza passiva di essere senza speranza di fronte alla frustrazione o alla delusione. Molti dei comportamenti che sono considerati delinquenti o antisociali, nei bambini, possono essere visti utilmente da questo punto di vista.

Individuazione

E' evidente che il continuo processo del normale sviluppo psicologico implica, per ogni bambino, la perdita di precedenti stati del sé sperimentati come soddisfacenti. Di norma questo è uno stimolo all'adattamento, e le attrattive offerte dalle nuove potenzialità ed esperienze rendono il bambino capace di ritirare l'investimento dagli stati ideali perduti, investimento che può quindi essere rivolto su nuovi ideali creati dai processi di maturazione, e di procedere verso una nuova fase di sviluppo. Questo processo implica, per esempio, una crescente indipendenza dagli oggetti della prima infanzia ed una maggiore autonomia delle funzioni dell'io. Questo processo, alcuni aspetti del quale Jung, Fromm e più recentemente Mahler hanno descritto come *individuazione*, implica lo sviluppo graduale nel bambino di ideali più realistici e la rinuncia agli scopi infantili. A nostro avviso, una dimensione importante di questo processo consiste nella elaborazione e nella deidealizzazione, che ci sembrano un prerequisito per un progressivo sviluppo ed una crescente autonomia nel corso della vita.

Il bambino che fallisce nell'individuarsi nel modo che abbiamo descritto, rinunciando cioè all'investimento di stati ideali infantili, è incline a reagire alle delusioni successive con la depressione, che non può essere prontamente elaborata, ma che può essere sperimentata unicamente come depressione clinica o, in alternativa, evitata con una modalità patogena. Non di rado accade che i genitori del bambino si oppongano

inconsciamente alla progressiva individuazione, e l'influenza dei genitori si può perpetuare nel loro successore, il Super-io.

Conclusioni

Il punto di vista che abbiamo proposto permette di collegare, ci sembra, la teoria classica della melanconia e le concezioni della depressione formulate da Bibring (1953) e da altri autori. Secondo la teoria classica viene perduto l'oggetto amato in modo ambivalente (noi diremmo che si è perduto uno stato ideale del sé strettamente connesso [embodied] con la relazione con l'oggetto), e la conseguente rabbia contro l'oggetto trova una nuova direzione rivolgendosi contro il sé, in quanto l'oggetto è stato recuperato attraverso l'identificazione. Nella teoria di Bibring, la depressione è caratterizzata da sentimenti di diminuita autostima, e anche questo può essere concettualizzato come l'espressione di un sentimento di incapacità di raggiungere uno stato del sé ideale e fortemente desiderato. Abbiamo suggerito che maggiore è il grado di fissazione pregenitale, maggiore sarà la tendenza del bambino a fare ogni sforzo per raggiungere uno stato ideale di soddisfacimento infantile, e in questo la risposta depressiva deve essere compresa nel più ampio contesto dei disturbi narcisistici.

In questo articolo ci siamo limitati a prendere in considerazione principalmente una reazione affettiva depressiva di base, e abbiamo accennato ad alcune delle misure difensive che possono essere chiamate in causa nel tentativo di fronteggiare il sentimento di impotenza che è centrale in essa. Queste misure difensive complicano il quadro clinico. E' probabile che tutte le manifestazioni cliniche che caratterizzano la reazione depressiva dell'infanzia si possano trovare in forma identica negli adulti. Non sembra che si manifestino nei bambini quelle forme di depressione che sono la conseguenza di ulteriori processi difensivi e riparativi, in particolare delle identificazioni e introiezioni patologiche che caratterizzano la depressione melanconica nevrotica e psicotica. La psicopatologia di quest'ultime condizioni, e la loro relazione con la reazione depressiva di base, è stata studiata approfonditamente da Jacobson (1953b).

Nessuno studio sulla depressione nei bambini può ignorare gli intensi studi di Melanie Klein (1935), Winnicott (1955) e Bowlby (1962), e in particolare quell'aspetto dell'individuazione che è stato descritto qui è in relazione con il processo che Klein ha chiamato "elaborazione della posizione depressiva" e con gli studi di Winnicott sullo sviluppo della "preoccupazione per l'oggetto".¹³ Mentre è chiaro che la capacità di tollerare la frustrazione e l'affetto depressivo è importante per lo sviluppo, non sottoscriviamo il punto di vista secondo cui l'esperienza stessa della depressione è, *in sé*, di grande valore. Sottolineeremmo piuttosto l'importanza di superare la delusione e il dolore mentale in modo sano. E' nostra esperienza che la prospettiva si fa sempre più triste per quei bambini (e adulti) che ripetutamente reagiscono con una risposta depressiva alla delusione, che falliscono nell'individuarsi e che non possono ritirare il loro attaccamento dagli ideali infantili. Inoltre, noi non vediamo l'individuazione come

¹³ Questo argomento sarà affrontato in dettaglio in un lavoro successivo.

una fase o una posizione relativa allo sviluppo precoce, bensì come una dimensione dello sviluppo che inizia precocemente e continua nel corso della vita, una dimensione che deve essere considerata con un suo posto accanto a molte altre importanti linee di sviluppo.

REFERENCES

- ABRAHAM, K. 1911 'Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manicdepressive insanity and allied conditions.' Selected Papers (London: Hogarth, 1927)
- ABRAHAM, K. 1916 'The first pregenital stage of the libido.' Selected Papers (London: Hogarth, 1927)
- ABRAHAM, K. 1924 'A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders.' Selected Papers (London: Hogarth, 1927)
- ANTHONY, J. and SCOTT, P. 1960 'Manicdepressive psychosis in childhood.' *J. Child Psychol. Psychiat.* 1
- BIBRING, E. 1953 'The mechanism of depression.' In: Affective Disorders ed. P. Greenacre. (New York: Int. Univ. Press.)
- BOWLBY, J. 1961 'Processes of mourning.' *Int. J. Psychoanal.* 42[→]
- BOWLBY, J. 1962 'Pathological mourning and childhood mourning.' *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 11[→]
- FENICHEL, O. 1945 *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: Norton.)
- FREUD, A. 1952 'The role of bodily illness in the mental life of children.' *Psychoanal. Study Child* 7[→]
- FREUD, S. 1915 'The Unconscious.' S.E. 14[→]
- FREUD, S. 1917 'Mourning and Melancholia.' S.E. 20[→]
- FREUD, S. 1926 'Inhibitions, Symptoms and Anxiety.' S.E. 20[→]
- GELFAND, M. 1947 *The Sick African* (Cape Town: Stewart.)
- GRINKER, R. et al. 1961 *The Phenomena of Depressions* (New York: Hoeber.)
- HARTMANN, H. 1939 'Psychoanalysis and the concept of health.' In: *Essays on Ego Psychology* (New York: Int. Univ. Press; London: Hogarth, 1964.)
- HARTMANN, H. 1954 'Problems of infantile neurosis.' In: *Essays on Ego Psychology* (New York: Int. Univ. Press; London: Hogarth, 1964.)
- JACOBSON, E. 1946 'The effect of disappointment on ego and superego formation in normal and depressive development.' *Psychoanal. Rev.* 33[→]
- JACOBSON, E. 1947 'Primary and secondary symptom formation in endogenous depression.' Read at the *Midwinter Meeting of the Amer. Psychoanal. Assoc.*, New York.
- JACOBSON, E. 1953a 'The affects and their pleasureunpleasure qualities, in relation to the psychic-discharge processes.' In: *Drives, Affects, Behavior* ed. Loewenstein. (New York: Int. Univ. Press.)
- JACOBSON, E. 1953b 'Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression.' In: *Affective Disorders* ed. Greenacre. (New York: Int. Univ. Press.)
- KLEIN, M. 1935 'A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states.' In: *Contributions to Psycho-Analysis* (London: Hogarth, 1948.)
- KRIS, E. 1956 'The recovery of childhood memories in psychoanalysis.' *Psychoanal. Study Child* 11[→]

¹³ This topic will be considered in detail in a later paper.

- MENDELSON, M. 1960 *Psychoanalytic Concepts of Depression* (Springfield: Thomas.)
- RADO, S. 1928 'The problem of melancholia.' *Int. J. Psychoanal.* 9[→]
- ROCHLIN, G. 1959 'The loss complex: a contribution to the etiology of depression.' *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 7[→]
- SANDLER, J. 1960a 'On the concept of superego.' *Psychoanal. Study Child* 15[→]
- SANDLER, J. 1960b 'The background of safety.' *Int. J. Psychoanal.* 41[→]
- SANDLER, J. 1962 'The Hampstead Index as an instrument of psycho-analytic research.' *Int. J. Psychoanal.* 43[→]
- SPITZ, R. 1945 'Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.' *Psychoanal. Study Child* 1[→]
- SPITZ, R. 1946 'Anaclitic Depression.' *Psychoanal. Study Child* 2[→]
- TOOLAN, J. 1962 'Depression in children and adolescents.' *Amer. J. Orthopsychiat.* 32
- WINNICOTT, D. W. 1955 'The depressive position in normal emotional development.' In: *Collected Papers* (London: Tavistock, 1958.)