

# «Psicoterapia psicodinamica della depressione»

## di F.N. Busch, M. Rudden, Th. Shapiro\*

Giovanni Terenghi†

Indice del libro. *Parte I: Introduzione e visione di insieme.* 1. Introduzione; 2. Sviluppo di un modello psicodinamico di depressione; 3. Visione d'insieme della psicoterapia psicodinamica della depressione. *Parte II: I principi tecnici di intervento nella psicoterapia psicodinamica della depressione.* 4. La fase iniziale della terapia; 5. La fase centrale della terapia; 6. La vulnerabilità narcisistica; 7. La rabbia e le ferite narcisistiche; 8. Il Super-io severo e il senso di colpa; 9. Idealizzazione e svalutazione; 10. I meccanismi di difesa nei pazienti depressi; 11. La fase finale della terapia. *Parte III: Argomenti particolari.* 12. Affrontare le impasse e le reazioni negative alla terapia; 13. L'approccio psicodinamico alle condotte suicidarie; 14. Utilizzo della psicoterapia psicodinamica in combinazione con altri approcci terapeutici.

**I**l volume, sebbene scritto per psicoterapeuti, descrive con precisione e scientificità quel mondo interiore della persona depressa che dovrebbe essere conosciuto – almeno nei suoi lineamenti fondamentali – da chi le sta vicino anche solo per ragioni di convivenza<sup>i</sup>. Le indicazioni terapeutiche ivi contenute – sebbene rivolte a figure professionali – danno l'idea di quali debbano essere gli atteggiamenti da tenere con queste persone anche da parte di chi, non psicoterapeuta, le vuole comprendere e sostenere. È in quest'ottica che presentiamo il libro scritto da tre autori molto competenti nel campo<sup>ii</sup>.

### Dal comportamento all'interiorità

Il libro tratta della terapia psicodinamica della depressione che è diversa dalla terapia cognitivo-comportamentale anch'essa usata per questi disturbi<sup>iii</sup>.

Rifacendosi alla comune matrice psicoanalitica, i trattamenti psicodinamici intendono mettere alla luce le forze interiori che sono all'origine dei sintomi, con l'obiettivo di intervenire sulla conflittualità interna che contribuisce all'eziopatogenesi dei disturbi dello spettro depressivo.

La psicodinamica è caratterizzata da «un modo di pensare sia rispetto al paziente sia rispetto al terapeuta che comprende il conflitto inconscio, le carenze e le distorsioni delle strutture intrapsichiche e le relazioni oggettuali interne»<sup>iv</sup>. In altri termini, il comportamento e i sintomi che si vedono in superficie sono considerati riflessi di processi inconsci che

\* F.N. Busch, M. Rudden, Th. Shapiro, *Psicoterapia psicodinamica della depressione*, Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 215 (originale: *Psychodynamic Treatment of Depression*, American Psychiatric Publishing, Inc. Arlington VA 2004). Gli autori sono docenti di clinica psichiatrica al Weill Medical College della Cornell University di New York.

† Psicologo psicoterapeuta, Verona.

difendono da desideri e sentimenti rimossi. Il determinismo psichico che ne consegue appare eccessivamente riduttivo per interpretare qualsiasi comportamento umano, ma lo è decisamente meno nel caso del comportamento patologico.

Inoltre, l'approccio psicodinamico presuppone l'esistenza di una base psicogenetica della sofferenza emotiva. Ritene che il passato (l'esperienza infantile in particolare) sia determinante per la qualità dell'adattamento adulto («il bambino è il padre dell'adulto»): l'eziopatogenesi infatti viene spesso ricondotta a schemi relazionali cronici ripetitivi e maladattivi, filtrati in modo altamente soggettivo. Il passato tuttavia non è soltanto il prologo, ma tende anche a replicarsi nel presente. Poiché il paziente tende a rivivere inconsciamente gli schemi relazionali patologici del passato, la relazione di transfert con il terapeuta costituisce uno degli ambiti privilegiati di comprensione e di intervento del trattamento psicodinamico. Gli approcci psicodinamici non sottovalutano il ruolo dei pattern cognitivi disfunzionali, ma li subordinano agli stati affettivi e alle rappresentazioni interne che definiscono le coordinate principali della psicopatologia.

### Due pilastri al cuore della depressione

Sulla base di una rapida rivisitazione dei principali orientamenti psicodinamici al trattamento della depressione, gli autori del volume evidenziano la presenza di modelli parzialmente sovrapponibili che hanno tenuto conto della vulnerabilità biologica e temperamentale, della qualità delle relazioni di attaccamento e delle esperienze infantili. Da qui, appare fondato affermare che il mondo interiore depressivo è caratterizzato da sentimenti di frustrazione, vergogna, perdita, impotenza, solitudine o colpa, nonché dal loro impatto sulla percezione che l'individuo ha di sé e degli altri. Secondo gli autori del volume, le teorie psicodinamiche della depressione sono essenzialmente riconducibile a due modelli interpretativi.

□ *La vulnerabilità narcisistica.* Si tratta della tendenza a reagire ai rimproveri e alle delusioni con una significativa flessione dell'autostima, che si esprime come una forte sensibilità alle perdite (reali o percepite) e ai rifiuti, di solito associate alle delusioni subite nella prima infanzia, a esperienze precoci di perdita, di rifiuto o a mancanze di aiuto<sup>v</sup>. Il depresso ha difficoltà a regolare l'autostima e ha uno scarso realismo circa le aspettative da nutrire verso se stesso.

□ *La rabbia.* Un altro fattore dinamico ampiamente condiviso riguarda i vissuti conflittuali rispetto ai sentimenti di rabbia, sentiti ma negati. È un tipo di aggressività che tende a innescare sentimenti di colpa che alimentano gli aspetti autopunitivi, l'autosvalutazione e l'auto-sabotaggio. Infatti il depresso proietta la sua aggressività sugli altri, ma, alla fine, la rivolge contro se stesso, sotto forma di giudizi severi, frutto dell'interiorizzazione di atteggiamenti genitoriali da lui percepiti come critici e punitivi, provocando un ulteriore abbassamento dell'autostima e sentimenti depressivi<sup>vi</sup>. L'incapacità di riconoscere ed esprimere la delusione e il risentimento inclina il paziente a dirigere l'aggressività verso di sé.

□ *Un circolo vizioso.* La vulnerabilità narcisistica rende la persona altamente sensibile alle delusioni e ai rifiuti; quando si realizzano o teme si realizzino, prova rabbia verso gli altri; ma si sente in colpa per questo sentire; se la prende, allora, con se stessa e alla fine, la vulnerabilità narcisistica aumenta ulteriormente. Per far fronte alla perdita di autostima, il depresso tenta anche la strada della idealizzazione (compensatoria) di sé o degli altri, ma, dato il suo sottofondo emotivo di autosvalutazione e rabbia, si espone all'alta probabilità di un'eventuale delusione con il risultato di un aumento dei vissuti di rabbia e una svalutazione di sé o degli altri ancora maggiore.

Seguendo il libro, addentriamoci ulteriormente nel mondo depressivo.

## La vulnerabilità narcisistica

Come si è accennato, la tendenza a reagire alle delusioni e ai rimproveri con una perdita rilevante di autostima può esser ricondotta a esperienze precoci di perdita, rifiuto o impotenza che hanno provocato sentimenti di tristezza e di delusione per le cure non ricevute. Questi sentimenti si sono sedimentati nella memoria affettiva e sono stati codificati come prova di un difetto personale. Insieme alla presenza di sentimenti aggressivi vissuti come tossici, essi vanno ad accrescere la sensazione di non essere degno di amore e, contestualmente, l'aspettativa di essere rifiutato.

\* Va da sé che il primo target terapeutico mira ad aiutare il paziente a esplorare e a riconoscere le *aree più frequenti di vulnerabilità narcisistica*, mettendole in collegamento con il contesto delle precoci esperienze di vita in cui può essersi sviluppata la sensibilità all'aspettativa del rifiuto. Le situazioni genetiche più comuni includono solitamente la reazione a separazioni dolorose precoci, la percezione di rifiuto da parte dei genitori, il senso di impotenza o di danneggiamento come retaggio di una grave malattia o di una menomazione nell'infanzia o a causa di una diversità problematizzata e vissuta come penalizzante.

\* Una volta identificate le origini del senso di vulnerabilità e riconosciute le fantasie connesse riguardo al sé, è necessario accrescere la consapevolezza del paziente circa il modo con cui queste aree di vulnerabilità lo inducono a distorcere la *percezione della propria esperienza* rispetto a se stesso e agli altri (sia nella vita che all'interno della relazione terapeutica). Questa prima comprensione apre infatti la strada a successive esplorazioni dei meccanismi disadattivi che il depresso ha ripetutamente attivato sulla base di queste distorsioni e che spesso sperimenta come frustranti e come ulteriore motivo di vergogna.

\* Oltre alle distorsioni nell'immagine di sé e nella percezione dell'altro, è poi necessario portarlo a riconoscere i *comportamenti controproducenti e difensivi* adottati in risposta alla vulnerabilità narcisistica. Il paziente depresso tende, ad esempio, a strutturare legami con «altri dominanti» ai quali richiede riconoscimento e approvazione per poi sviluppare reazioni depressive di fronte alla critica o al rifiuto. Ciò rientra nel repertorio dei comportamenti del bambino che cerca di guadagnarsi la protezione di genitori (solitamente con aspettative fortemente irrealistiche nei suoi confronti) e che, nel tentativo di compiacerli, si conforma ai loro desideri inibendo i propri e reprimendo eventuali reazioni rabbiose. Anche il depresso, per minimizzare le emozioni dolorose connesse al senso di inferiorità, inibisce e reprime i propri desideri, promuovendo uno stile di vita frustrante che esaspera inevitabilmente il senso di inadeguatezza personale.

## La rabbia negata

Il paziente depresso può rispondere ai sentimenti dolorosi connessi alle ferite narcisistiche con reazioni e fantasie aggressive, che tuttavia tende solitamente a negare. È perciò fondamentale esplorare le reazioni (nascoste) di rabbia alle percezioni di rifiuto vissute in età precoce o rispetto a esperienze recenti di perdita o di rigetto. Considerato che l'aggressività può spesso scatenare sensi di colpa e che questi penalizzano l'autostima, è di fondamentale importanza «disintossicare» i sentimenti ostili, aiutando il paziente a divenire più tollerante nei loro confronti e a sentirsi meno minacciato dal loro (presunto) potere distruttivo per le relazioni e per se stesso.

\* Il primo passo impone spesso di indirizzare l'attenzione del depresso sulla mancata *consapevolezza della propria ostilità*, dovuta all'azione (spesso congiunta) di difese

come il diniego, la rimozione, la proiezione e l'aggressività passiva. Il depresso può evitare l'incontro con i suoi sentimenti aggressivi perché, in primo piano, in lui prevalgono i sentimenti di tristezza e disperazione e il suo senso di inferiorità può alimentare in lui la convinzione patologica di «non aver diritto» di essere arrabbiato.

\* Il trattamento richiede poi l'attenta esplorazione di alcune aree specifiche delle *fantasie aggressive* (dettate dall'amarezza, da desideri di vendetta, dalla gelosia, dall'invidia...). Va tenuto conto che il paziente depresso sarà riluttante e vago sui contenuti delle sue fantasie aggressive: gli provocano vergogna, paura e un senso di colpa tale che trova intollerabile riconoscere e discutere i propri sentimenti ostili (considerati nocivi e dannosi per le persone che ama). Sarà compito della terapia favorire l'identificazione del senso di colpa reattivo a sentimenti di rabbia e aiutare a riconoscere la differenza tra pensieri/fantasie ostili e azioni reali effettivamente aggressive. Talvolta, il senso di colpa è così intenso da farlo sentire come se avesse realmente commesso le azioni immaginate. Contestualmente, è altrettanto importante identificare le attese di punizione per i sentimenti aggressivi, tenendo presente che il rifiuto o gli attacchi che caratterizzano le fantasie di punizioni riflettono spesso reali desideri di vendetta verso gli altri, ora rivolti contro di sé. La consapevolezza e l'elaborazione della propria ostilità dovrebbe favorire la promozione di un atteggiamento di vita più sicuro e assertivo e strategie di coping più adattive, come la capacità di essere più assertivi nelle relazioni problematiche senza temere eccessivamente il rifiuto.

\* Anche il *desiderio di competizione* può provocare le medesime reazioni di colpa e punizione. Il legame tra competitività e aggressività può infatti far emergere fantasie legate al desiderio di danneggiare o distruggere un rivale o di dirigere la rabbia contro se stesso (ad esempio accusandosi per non aver ricevuto o essere stato rifiutato). Quando il paziente inizia a riconoscere che attaccando qualcuno che aveva vissuto come dannoso, stava attaccando se stesso con la rabbia diretta in realtà contro qualcun altro, i sintomi depressivi subiscono solitamente un'evidente attenuazione.

## Il senso di colpa

Il paziente depresso è spesso tormentato da sensi di colpa consci e inconsci, associati a penosi sentimenti di indegnità e di non valore, a rigidi atteggiamenti di autocritica e a comportamenti autopunitivi.

Gli autori del volume riprendono il concetto psicoanalitico tradizionale di «Super-io severo» per esprimere l'esperienza di «un incontrollabile senso di condanna» (p. 113) che spesso connota il mondo interno delle persone depresse. La severità del Super-io è l'esito dell'internalizzazione di figure parentali eccessivamente esigenti, punitive e accusatorie oppure frustranti e incapaci di premure e attenzioni. Comunque sia, il paziente si sente in colpa per qualsiasi suo pensiero inconsciamente collegato a fantasie aggressive potenzialmente dannose per le figure assunte come parti di sé.

Questa istanza normativa interna ha solitamente la triplice funzione di:

- giudizio (valuta comportamenti, pensieri, desideri e fantasie come moralmente accettabili oppure pericolosi per sé e per gli altri provocando, perciò, un senso di colpa cosciente),
- inibizione (limita e contiene gli impulsi e inibisce i comportamenti ritenuti inaccettabili),
- remunerazione (ricompensa o punisce il sé attraverso sentimenti di piacere e orgoglio o sentimenti di colpa e di depressione).

Comprendere e interpretare queste funzioni può contribuire in modo significativo ad alleviare i sensi di colpa, diminuire i comportamenti autopunitivi e attenuare l'eccessiva inibizione imposta dalle limitazioni di un Super-io immaturo.

Il lavoro terapeutico mira a dare consapevolezza della severità del Super-io e a riconoscere i sentimenti nascosti di colpa e il loro collegamento con comportamenti o stati affettivi di tipo autopunitivo. Ciò può rivelarsi particolarmente liberante per il paziente depresso, spesso incline ad auto-punirsi per possibili sviluppi positivi della sua vita che giudica immeritati o frutto di comportamenti (aggressivi o sessuali) inaccettabili. È altresì importante esplorare le fantasie che contribuiscono a innescare la depressione come modalità di punirsi e sentirsi in colpa, e a coglierne l'origine.

La depressione del paziente che tende a percepirsi cattivo, indegno o colpevole per fantasie (irrealistiche) relative alla sessualità, all'aggressività o all'autonomia non si ricollega necessariamente ad un evento puntuale (per il quale punirsi), ma più spesso a costellazioni di situazioni, sentimenti e auto-valutazioni accumulate nel tempo e strutturate all'interno dei rapporti significativi. Affrancarsi dalle inibizioni e dalle tendenze a punirsi, permette al Super-io di operare secondo una sensibilità morale più coerente e matura.

### **Le strategie difensive della idealizzazione e svalutazione**

Un ultimo fattore dinamico fondamentale del disturbo depressivo è regolato da un Ideale dell'io eccessivamente perfezionista, alimentato cioè da fantasie compensatorie anziché da reali capacità e risorse affettive. Poiché difficilmente perseguibile, questo ideale sarà occasione di sentimenti di vergogna, umiliazione e indegnità.

Quando si ritrova al di sotto di un ideale così esigente, il depresso si sentirà fallito e diventerà incline a far eccessivo affidamento sugli altri e a divenirne dipendente: per tentare di recuperare il senso del proprio valore, si affilia e si identifica con persone idealizzate come forti e perfette.

Ma quando l'altro idealizzato non soddisfa gli standard richiesti, sentendosi nuovamente sminuita, la persona depressa può essere indotta a proteggere l'altro dalla propria rabbia/delusione e a responsabilizzarsi ingiustamente, canalizzando l'aggressività in un senso di colpa pronto a scatenare nuovamente la depressione. In alternativa può rifiutare l'altro e svalutarlo per proteggere la propria autostima. L'Ideale dell'io eccessivamente perfezionista può essere il frutto dell'internalizzazione di atteggiamenti e aspettative genitoriali irrealistiche, ma anche di norme culturali particolarmente esigenti che impongono standard di comportamento particolarmente elevati.

Di fronte agli sforzi messi inconsapevolmente in atto per raggiungere la perfezione (e sentirsi così meno inadeguato e vulnerabile) è di cruciale importanza richiamare l'attenzione del paziente sulla natura irrealistica delle sue auto-valutazioni. Il lavoro terapeutico sarà rivolto all'esplorazione del contenuto specifico delle fantasie soggettive relative al perfezionismo e al fallimento, favorendo la consapevolezza delle relative valenze compensatorie. È altrettanto importante identificare la tendenza del paziente a idealizzare e poi svalutare gli altri, che si rivela spesso una strategia per evitare sentimenti dolorosi riguardo alle persone amate e a se stessi. Oltre tutto, questi cicli di idealizzazione e delusione finiscono per sovraccaricare i rapporti e causare l'allontanamento degli altri, accentuando in tal modo la percezione del rifiuto e il senso di colpa<sup>vii</sup>.

### **Sviluppo e valutazione del trattamento**

Come mostra il quadro d'insieme del trattamento proposto (Tab. 1), per i tre autori del libro l'analisi delle dinamiche principali del disturbo depressivo occupa in modi diversi ogni fase del trattamento, sebbene la fase iniziale si focalizzi maggiormente sull'identificazione delle dinamiche depressive mentre la fase centrale sia dedicata all'esplorazione dei vissuti soggettivi connessi alle relazioni significative e riproposti nella relazione di transfert.

I cambiamenti dei dinamismi centrali del disturbo depressivo fungono, infine, da riferimento per la valutazione dei progressi compiuti e della possibilità di concludere il trattamento. Oltre a una significativa attenuazione della sintomatologia, gli autori propongono come criteri generali di conclusione della terapia una minor vulnerabilità alle esperienze di perdita, critica o delusione, una maggior capacità di tollerare e regolare i sentimenti depressivi e aggressivi, una minor inclinazione a sviluppare sentimenti di colpa e di autosvalutazione e il miglioramento della capacità di valutare realisticamente i comportamenti e le motivazioni proprie e altrui. Di particolare utilità sono le considerazioni relative alla fase conclusiva della terapia, dove il lavoro terapeutico si focalizza sui sentimenti di perdita, rifiuto, tristezza e rabbia reattiva connessi al termine della relazione terapeutica: l'elaborazione di questi sentimenti permette al cammino terapeutico di concludersi bene ma anche di continuare – in altro modo – nella vita.

Tab. 1: **Visione d'insieme della terapia psicodinamica della depressione**

	Fase	Focus terapeutico	Risultati attesi
<b>Iniziale</b>	<p>Esamina i sintomi e le situazioni in cui sono emersi per scoprire le determinanti evolutive, identificare le aree di conflitto intrapsichico e iniziare a comprendere il significato dei sintomi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definire la cornice di intervento e stabilire un'alleanza terapeutica.</li> <li>2. Esplorare gli eventi stressanti, le percezioni e i sentimenti che accompagnano l'insorgere della depressione.</li> <li>3. Identificare le dinamiche centrali della depressione, nella vita attuale e passata:               <ol style="list-style-type: none"> <li>A. vulnerabilità narcisistica basata su esperienze/percezioni di perdita, sofferenza, rifiuto, separazione o differenza;</li> <li>B. rabbia reattiva di tipo conflittuale spesso ri-diretta contro di sé;</li> <li>C. sentimento di colpa dovuto alla rabbia provata, vergogna derivante dal senso di inadeguatezza o di danno subito in relazione alle esperienze citate in 3A;</li> <li>D. meccanismi compensatori di idealizzazione di sé/altri con conseguenti sentimenti di svalutazione (e altre difese impiegate per far fronte ai sentimenti depressivi).</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione della sintomatologia depressiva.</li> <li>2. Primi tentativi di formulare al paziente le dinamiche e le tematiche centrali coinvolte nel suo disturbo.</li> <li>3. Consolidamento di una buona relazione terapeutica.</li> </ol>
<b>Centrale</b>	<p>Analizza i dinamismi della depressione. Una loro maggior comprensione consente una più facile identificazione nel momento in cui si presentano e un maggior senso di controllo nella loro gestione.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riconoscere sentimenti conflittuali e fantasie connesse alle dinamiche centrali come si presentano nelle relazioni con altri significativi del passato e del presente.</li> <li>2. Lavorare sui sentimenti e sulle fantasie che emergono nel transfert.</li> <li>3. Aumento della comprensione e del controllo rispetto a questi conflitti tramite l'esplorazione della loro presenza in una varietà di contesti e modalità.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ridotta vulnerabilità dell'autostima a perdite, svalutazioni e critiche.</li> <li>2. Aumento della capacità di tollerare la rabbia grazie a un maggior riconoscimento di questo stato affettivo e alla tendenza a rivolgerlo contro il sé.</li> <li>3. Riduzione dei sentimenti di colpa e dei comportamenti autopunitivi.</li> <li>4. Maggior capacità di gestire le relazioni interpersonali, meno contaminate da sentimenti di vergogna e da meccanismi di idealizzazione e svalutazione.</li> </ol>
<b>Finale</b>	<p>La conclusione della terapia fornisce una opportunità decisiva per poter lavorare ulteriormente sulle dinamiche depressive, in particolare nei vissuti transferali.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprendere i sentimenti collegati alla perdita del terapeuta e alla fine della terapia.</li> <li>2. Affrontare la ferita narcisistica dovuta all'impossibilità di realizzare la fantasia di una relazione senza fine con il terapeuta.</li> <li>3. I sentimenti di rabbia nei confronti del terapeuta per la fine della terapia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Probabile intensificarsi di sentimenti di perdita e di separazione all'avvicinarsi del termine della terapia.</li> <li>2. Aumento della capacità di affrontare i sentimenti derivanti dal senso di perdita e dalla ferita narcisistica.</li> <li>3. Maggior capacità di utilizzare la rabbia senza rivolgerla contro di sé.</li> <li>4. Ridotta presenza di sentimenti di colpa e comportamenti di autopunizione;</li> </ol>

---

<sup>i</sup> Sulla depressione cf anche R. Rocca - G. Stendoro, *Quando si spegne la voglia di vivere*, in «Tredimensioni», 2 (2005), pp. 287-291 e nello stesso numero (pp. 317-322) alcune indicazioni su *come aiutare il depresso* (anche in [www.isfo.it](http://www.isfo.it)).

<sup>ii</sup> Questo allargamento al contesto non terapeutico è legittimo anche perché gli stessi autori chiariscono che il loro approccio è consigliato per i disturbi depressivi maggiori di grado lieve-moderato e per i disturbi distimici. Le stesse esemplificazioni cliniche portate nel libro inducono a pensare che il loro approccio presupponga una struttura di personalità relativamente intatta. Nel caso delle forme gravi di depressione maggiore o delle sindromi bipolari, gli autori riconoscono la necessità di un controllo farmacologico della sintomatologia da affiancare al lavoro psicoterapeutico. In quest'ottica trovano una giustificazione ulteriore i capitoli conclusivi dedicati al trattamento psicodinamico delle condotte suicidarie e all'impiego combinato della psicoterapia psicodinamica con la terapia farmacologica e altri approcci psicoterapeutici.

<sup>iii</sup> La terapia cognitiva della depressione si basa sul presupposto teorico che le distorsioni percettive e le cognizioni patologiche costituiscano la causa principale degli episodi depressivi e, di conseguenza, il *target* della cura. Fondamentali, in proposito, sono stati i contributi di Aaron T. Beck (ad esempio: *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma 1984; *Terapia cognitiva della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 1987), il cui questionario (BDI - *Beck Depression Inventory*) è divenuto lo standard per la valutazione della depressione.

<sup>iv</sup> G.O. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 4.

<sup>v</sup> In questa linea sono anche altri importanti psicoanalisti. Ne sono un esempio le teorie di Rado sulla ferita narcisistica, l'enfasi di Bibring sulla discrepanza tra l'ideale dell'io e l'opinione di sé e l'interpretazione di Kohut della depressione come esito del fallimento dei tentativi di compensare i deficit dell'autostima mediante l'idealizzazione degli altri.

<sup>vi</sup> I primi modelli psicoanalitici della depressione si sono focalizzati sui vissuti di perdita e sulla rabbia, come i sensi di inadeguatezza e rifiuto, frutto dell'ostilità proiettata sugli altri (Abraham), oppure la rabbia indirizzata verso il Sé in seguito all'identificazione con l'oggetto perduto (Freud). Così procedono anche interpretazioni più recenti, come la sottolineatura di Stone sul ruolo dell'ostilità reattiva al senso di impotenza e alla frustrazione nella relazione primaria o l'enfasi della Jacobson sull'aggressività verso genitori deludenti ri-diretta contro di sé per proteggere l'oggetto amato.

<sup>vii</sup> Come per le altre costellazioni dinamiche, l'esplorazione dei processi di idealizzazione e svalutazione che si realizzano all'interno stesso della relazione terapeutica di transfert si rivela un ambito preferenziale per far emergere la qualità ripetitiva della ricerca di una figura (genitoriale) idealizzata capace di accrescere la propria autostima e di proteggere dalla propria aggressività, oppure la svalutazione precipitata dai sentimenti di delusione e di rabbia allorché il terapeuta mostra di non voler corrispondere alle attese irrealistiche del paziente.