

CURARE LA DEPRESSIONE

Relazione tenuta da **Bernard Vandermersch** il 13-02-2009 presso l' Hôpital de Gonesse

O. Labergère

Siamo estremamente onorati di ricevere Bernard Vandermersch nel nostro piccolo seminario che ha solo due anni d'esistenza; felicissimi che egli abbia accettato di fare un intervento. Sapete che si dice: « Non si presenta il Dr. Bernard Vandermersch », e allora lo si presenta. Sapete che da più di dieci anni fa nel nostro ospedale questa presentazione di malati, credo che il titolo ufficiale sia "clinica psicoanalitica all'ospedale", nel quadro dell'ALI, e la gente del reparto sa quanto questo apporta alla nostra clinica, alla nostra riflessione ... D'altronde egli è anche psichiatra ed io credo che sia importante segnalarlo, è anche psicoanalista, membro eminente, vice-presidente dell'ALI, l'Associazione Lacaniana Internazionale, è anche uno degli autori, co-direttore con Roland Chemama del Dizionario della psicoanalisi per l'editore Larousse, che è una delle bibbie che bisogna comunque avere quando si lavora nel campo. Si diceva che è freudo-lacaniano, che per me va molto bene; è così?

B. Vandermersch

Ci sono delle voci freudiane e delle voci lacaniane; "freudo-lacaniano" è criticabile nel senso in cui c'è una volontà di non fare la distinzione; se si è cambiato il nome dell'Associazione, è anche per mostrare che il primo riferimento è a Lacan e non più a Freud; infatti la maggior parte delle persone che fanno parte dell'Associazione sono entrate in psicoanalisi con un transfert per Lacan e non per Freud. Lacan, il primo Lacan, ha detto di essere freudiano, cioè che era su Freud che aveva attuato il transfert, ma noi Io devo dire che Lacan è il primo analista che ho incontrato. Si è preso atto di questo con il cambiamento del nome, perché si deve riconoscere su chi si è realizzato il transfert. È meglio riconoscerlo, questo non vuol dire restarne prigionieri; si tratta di un punto marginale rispetto a ciò di cui si parlerà, ma forse non completamente.

O. Labergère

Il titolo mi ha molto intrigato, come curare la depressione. Abbiamo fretta di sentirla su un argomento che è già un po' sfalsato riguardo al modo abituale di trattarlo.

B. Vandermersch

Non insegnerò agli psichiatri che si occupano di questo tutti i giorni...

O. Labergère

Essi trattano la depressione, non la curano, la trattano.

B. Vandermersch

Non voglio scocciarla, Olivier, ma quale distinzione fa lei fra curare e trattare? Perché io ne ho un'altra...

O. Labergère

Questo titolo mi ha intrigato, perché mi sono detto: «Come curare la depressione?», assomiglia un po' ai titoli delle cose di Odile Jacob, si pensa «Guarda, ci darà la ricetta, come curare la depressione». E tuttavia gli psichiatri non curano. Essi applicano un trattamento, si conoscono i trattamenti della depressione, trattamenti (... inaudibile), trattamenti farmacologici. C'era di peggio: «Come guarire la depressione»; lei non è andato fin lì! Ma "Come curare la depressione" è un po' sfalsato rispetto a ciò che è trattamento psichiatrico...

B. Vandermersch

Detto questo, ci sono delle depressioni da cui comunque si guarisce!

O. Labergère

Sì, e anche spontaneamente!

B. Vandemersch

Bene! Allora, se fossi stato ancora più pretenzioso, avrei detto «Preliminari a ogni trattamento della depressione», questo avrebbe almeno ricordato ad alcuni un celebre titolo!

Come curare una depressione, ciò suppone una prima questione: la depressione è una malattia? C'è un famoso manuale, il DSM II, III, IV, il IV in ogni caso - che propone una classificazione universale a-teorica, cioè che si suppone neutra rispetto alle diverse teorie esplicative - che dice: la questione è risolta, bisogna liberarsi dal dualismo corpo-spirito, e non c'è una fondamentale differenza tra disturbi mentali e affezioni generali di natura medica. È il punto di partenza del DSM IV. Tutto è dunque molto semplice: si tratta di una malattia, questa malattia presenta questi segni, bisogna farne la diagnosi, ha una epidemiologia, una prevenzione (per la quale d'altronde noi siamo stati consultati, ricordate quando c'è stata una grande campagna di prevenzione contro la depressione, si sono consultate pure delle scuole di psicoanalisi, ma devo dire che quando ci siamo incontrati con queste persone, tutto era già fatto, era semplicemente per mettersi la coscienza a posto), dei trattamenti, dei costi sociali, ecc.

Si è rimproverato molto a questa concezione il suo eventuale incitamento al consumo eccessivo di antidepressivi, che essa favorirebbe; se è una malattia, allora bisogna curarla con dei farmaci. Onestamente, non sono sicuro che il consumo eccessivo di farmaci, che non è una visione teorica, dipenda direttamente da questa scelta teorica, esso mi sembra piuttosto dipendere dall'evoluzione del mondo contemporaneo, della soggettività contemporanea, dove ognuno si sente obbligato ad essere competitivo in un contesto di competitività implacabile. Ciascuno dunque è sollecitato ad assoggettarsi al godimento piuttosto che a sostenere un desiderio. Si tratta di essere competitivi in tutto, a cominciare dal godimento, e al prezzo migliore. Questo spiega il fatto che ci sia questo consumo eccessivo perché "se fate all'amore, questo è bene, ma se lo fate col Viagra è ancora meglio", questa è l'idea complessiva. Dunque si può pensare che la scelta teorica è stata favorita dalle industrie che producono i rimedi per questa malattia così crudele e costosa per la società.

Credo che sia più utile affrontare il discorso non sul piano ideologico, ma sul piano della clinica, e rimprovererei piuttosto a questa concezione del DSM IV un accecamento nel cantare vittoria contro un dualismo, che è effettivamente completamente scorretto, mentre misconosce il luogo reale della divisione, quella del corpo, fra un corpo che è il corpo utile, il corpo che è oggetto della scienza, e il corpo inutile, quello che è soggetto al godimento, il godimento essendo ciò che non serve a niente. In conseguenza, ignorando questa distinzione fra corpo per la scienza e corpo per il godimento, essa elimina il significato morale, il

significato soggettivo, per ciascuno, della depressione. A considerarla come una semplice malattia, si dimentica di prendere in considerazione la sua valenza etica per il soggetto. Il paradosso è che talvolta, eludendo questa dimensione, si perde il beneficio che ci si potrebbe legittimamente attendere da un trattamento antidepressivo ben condotto, il miglioramento non ha luogo.

Qui, avete molti esempi di depressione resistenti che ci obbligano ad interrogarci su che cosa resiste. È semplicemente perché quella molecola non è bene adattata al circuito sinaptico carente, o c'è una posizione soggettiva che non è stata smossa e tutti i trattamenti passeranno sul soggetto come l'acqua sulle piume dell'anatra?

Quando si guarda il DSM IV, non si trova il capitolo "depressione", si trova un capitolo "disturbi dell'umore". La questione della parola "disturbo", a parte il fatto che si tratta di una pura e semplice traduzione dall'americano, ...

O. Labergère

Il termine è "disorder"...

B. Vandermersch

Dunque non è una traduzione, effettivamente. Ciò potrebbe indicare un atteggiamento prudente, un atteggiamento fenomenologico che non pretende di accedere a delle entità morbose essenziali, all'essenza dell'entità morbosa. La maggior parte degli autori che utilizzano questo codice considerano che i disturbi dell'umore descritti e isolati sotto il nome di "disturbo bipolare I o II" corrispondono realmente a delle entità che hanno un'origine genetica specifica. Questa è la teoria oggi dominante.

Notiamo per esempio che l'aggettivo "reattivo" è quasi scomparso dalla nomenclatura, non c'è più depressione reattiva, non c'è più nemmeno depressione nevrotica, è un termine che non esiste.

Quanto al termine "psicotico", esso esiste nella nomenclatura, ma non rinvia all'idea di struttura, poiché si è in un mondo a-teorico, ma alla presenza di certi sintomi. Questa posizione detta a-teorica può essere facilmente ricondotta ad una concezione neurofisiologica di certi disturbi, il che significa che suppone da un lato una normalità sana, basata sulla nozione di benessere, e dall'altro il criterio di adattamento alla società.

È in rapporto dunque a quest'idea di normalità sana, di adattamento e di benessere che si descriverà la depressione. Non mi dilungherò sul carattere ideologico di questa nozione che si vuole a-teorica. Per esempio, l'omosessualità non c'è più tra le parafilie, ma la pedofilia è rimasta. Si vede bene che tutto questo è comandato dal politicamente corretto.

D'altra parte, l'idea del DSM IV è di mettere tra parentesi il soggetto che manifesta i sintomi; si avrebbe una specie di accesso diretto ai sintomi senza l'aiuto di alcuna teoria; ci sarebbe una specie di evidenza; i sintomi sono lì, chiunque può vederli. Non ci sarebbe bisogno di una teoria dello psichismo per scoprire i sintomi.

Le conseguenze per la presa in carico sono molteplici e innanzi tutto circa l'obiettivo della consultazione, poiché il colloquio qui si riassumerà nel permettere di fare al più presto le diagnosi positive, obiettive, di disturbi timici, al fine di proporre delle terapie tese a modificare il funzionamento cerebrale con delle droghe agenti su delle trasmissioni sinaptiche specifiche, eventualmente associate con delle terapie miranti a raddrizzare gli schemi

comportamentali disturbati. Questa è all'incirca la posizione dominante. Quindi, bisognerà assicurarsi che il paziente consenta al trattamento, cioè che il paziente assuma effettivamente il suo trattamento.

Grossomodo, ecco dunque la condotta che è riservata agli psichiatri: 1) fare una diagnosi rapida; 2) mettere in moto i trattamenti e le terapie che hanno lo scopo di raddrizzare il comportamento deviante tramite la cognizione, cercare di mostrare al paziente che egli è vittima di false cognizioni o, in modo più modesto ancora, cercare di ricondizionare le cose.

Il risultato è un certo disinteresse per la clinica del discorso che permetterebbe ad un medico di situare il soggetto depresso nelle sue difficoltà, in rapporto al suo desiderio e al suo godimento.

Ne risulta in conseguenza, e questo è un po' più grave, una perdita della dimensione etica di questi sintomi. Il senso di colpa è ridotto ad un fatto morboso, non è normale essere colpevoli, sentirsi colpevoli, per esempio. Così, il tentativo di alleviare il senso di colpa con questo punto di vista scientifico, facendo della depressione una malattia come le altre (non c'è ragione di distinguere la depressione dalle altre malattie), finisce con l'estendere questa diagnosi e i benefici attesi dal trattamento ad una parte sempre più grande degli esseri umani, perché succede che la maggior parte degli esseri umani sono depressi, è questo il problema, e che il nostro umore normale è piuttosto un umore depresso: "come stai?" "come un lunedì", "coraggio!" "come stai?" "lasciamo andare". Quando chiedete a qualcuno "come stai?" ed egli vi risponde "oh, benissimo!", subito ci si dice: ci siamo, è in uno stato maniacale, non va, se qualcuno sta veramente bene, allora non va, non è normale stare molto, molto bene. D'altronde è ciò che succede qualche volta con i trattamenti antidepressivi, il soggetto sta troppo, troppo bene. Dunque i risultati, che sono comunque formidabili, bisogna pur dirlo, in certi trattamenti di grandi depressioni, in alcuni casi, lo si vedrà, sembrano deludere, addirittura far sprofondare certi pazienti in un vero incubo farmacologico, in cui essi passano degli anni a risalire un po' la china, a ridiscendere altri ...

Si è trovato che alcuni trattamenti antidepressivi con gli adolescenti tendono piuttosto ad aggravare la depressione, questo è stato notato. Voi sapete che il fatto che bisogna curare tutti quanti, tutti i depressi, si ferma tuttavia davanti al bambino e all'adolescente, è controverso, al di fuori della psicoanalisi, parlo degli psichiatri seri.

Incidentalmente vi ricordo che il termine "colpevolizzato" data dal 1946 e "de-colpevolizzato" dal 1968. Voglio dire che non si tratta di parole molto antiche nella lingua francese, ed è per dirvi fino a che punto c'è una modificazione, un cambiamento nella soggettività. Oggi nessuno è colpevole, "ho dei sensi di colpa, dottore", cosa vuol dire se non che sento indebitamente dei sensi di colpa che non dovrei sentire, visto che non ho fatto niente di male, certo Questa non è la posizione di Freud, che diceva che, se uno si sente in colpa, è che lo è; semplicemente, il senso di colpa è spostato, vi sentite in colpa per essere in ritardo all'appuntamento, ma è perché avete desiderato di uccidere il vostro ..., c'è uno spostamento, ci sono questi sentimenti di ostilità e il senso di colpa è spostato.

Questa posizione non è nemmeno quella di Lacan che è ancora più radicale e che, devo dire, non è ben capita; d'altronde, egli non si è preoccupato che fosse inaccettabile visto che, in *Televisione*, dice che la depressione è una viltà morale. E, nell' *Etica*, dice che non si è mai colpevoli, almeno nel senso della psicoanalisi, se non di aver ceduto sul proprio desiderio.

Una volta detto questo, per ciò che mi riguarda non è questione di negare il carattere di malattia ai disturbi depressivi, se si ribadisce che le supposte perturbazioni

dell'organizzazione neuro-ormonale di questi malati e quelle del loro comportamento non sono senza rapporto con delle posizioni soggettive specifiche. Non dico che sono dovute a queste posizioni specifiche, ciò che dico è che esse non sono senza rapporto con delle posizioni specifiche.

Altrimenti detto, cosa intendo per "soggetto"? Intendo per soggetto l'effetto che può essere prodotto, uno degli effetti eventualmente prodotti su un corpo umano dalla sua presa nel linguaggio. Altrimenti detto, i disturbi depressivi sono anche dei disturbi del linguaggio, questi disturbi si manifestano nell'enunciazione, nella qualità degli enunciati, qualità metaforica degli enunciati, il modo in cui ci si rivolge all'altro, il rapporto con gli ideali collettivi o individuali, il senso di colpa, la temporalità, tutte nozioni che sono impensabili fuori dal riferimento ad un ordine simbolico, cioè all'ordine del linguaggio.

"Sì, ma gli animali, anche loro sono depressi, Signor Vandermersch?" Effettivamente, ci sono dei modelli animali della depressione, essi sono utili d'altra parte per situare le strutture cerebrali che sono implicate nella regolazione neuro-ormonale dei comportamenti come pure dei mediatori chimici specifici. Detto questo, ci sono comunque delle differenze tra l'organizzazione cerebrale dell'homo sapiens e i suoi vicini più prossimi. In particolare il fatto che noi siamo invasi, una buona parte della testa è invasa, dai centri del linguaggio. In ogni caso, questi modelli animali, per quanto interessanti, non rendono conto della dimensione etica delle malattie depressive.

Cercherò adesso di dare alcuni elementi per una metapsicologia delle depressioni che può essere utile per orientarsi nella clinica.

Generalmente gli psicoanalisti sono d'accordo nel vedere nella depressione una conseguenza della dipendenza dell'Io rispetto all'Ideale dell'io, cioè che io mi conduco nella vita sempre sotto uno sguardo che mi giudica e che mi dice "va bene, tu fai bene il tuo lavoro, la tua conferenza è buona", oppure: "no, avresti potuto prepararla meglio". Ci si sente bene se si sente che si risponde all'Ideale dell'io. La depressione si ha quando non si è più bene illuminati dal proiettore, si è usciti dal cono, si è nel buio. È seccante perché ho bisogno che questa immagine che ho di me, che chiamo Io, che è solo un'immagine di me, un riflesso all'infinito, dipenda dall'accettazione da parte dell'Ideale. È un fatto che io preferisca avere una cattiva immagine di me piuttosto che nessuna immagine. D'altra parte il depresso, quando arriva, parlo del depresso nevrotico, insiste molto sulla cattiva immagine che ha di sé. Fallisce sempre, ecc. Questo dura delle ore, egli si regge su questa cattiva immagine.

Nella depressione, che cosa succede? Succede che, o è l'Io che si trova a perdere la stima, è il caso più banale, l'Io che esce dunque dal campo del riconoscimento, oppure è il supporto dell'Ideale dell'io che decade. A venir meno, cioè, è il luogo da cui mi vedo. Per esempio, in caso d'incesto, una bambina è stuprata dal padre o da uno zio, la depressione che ne segue è legata alla caduta dell'ideale, nel punto da dove io ero visto come amabile, non va più, è il profondo scoramento. Si possono pure fare degli esempi storici, quando Nasser è morto, tutta la popolazione egiziana era in una specie di lutto, quello che era il sostegno, che rendeva fieri di essere egiziani, d'un tratto, tac!, è crollato.

Dunque, non è soltanto l'Io che può perdere la stima, a volte è l'Ideale che cade, o per delle ragioni legate alla morte, o per delle ragioni legate al deterioramento di questo luogo. Ma qui si presenta un'altra obiezione, ed è che è giustamente per conservare la stima dell'Ideale dell'io che il soggetto cederà sul suo desiderio, lo rimuoverà, e di conseguenza si affosserà nel senso di colpa per la sua vigliaccheria, senso di colpa che sarà tanto più nascosto quanto più esso gli varrà la stima, durante tutto un tempo, di questo Ideale dell'io; il piccolo bravo

bambino che fa piacere alla sua mamma, che va bene a scuola e che rinuncia a tutti i desideri intercorrenti. Durante tutto un tempo, va bene, ma il giorno in cui sarà realmente confrontato con la questione del suo desiderio, la depressione l'aspetta. Non è raro che quelli che hanno superato brillantemente gli studi, che hanno seguito scuole prestigiose, qualche volta, al momento di entrare nella vita, bum!, crollano.

Bisognerebbe d'altra parte distinguere nell'Ideale dell'io ciò che è supportato dalla figura di un padre che è lui stesso un padre desiderante, o una madre desiderante, che può autorizzare una certa trasgressione dei limiti, e l'Ideale che sarebbe rimasto legato ai segni di riconoscimento della madre e che può assumere un aspetto paralizzante, lasciando il soggetto prigioniero della domanda d'amore.

L'umore del soggetto non è soltanto legato a questo rapporto dell'Io con l'Ideale dell'io, esso è anche funzione del rapporto del soggetto col suo desiderio. Non è la stessa cosa conformarsi all'Ideale e comportarsi conformemente al desiderio inconscio che ci anima. Spesso le due cose sono in conflitto, come ho fatto notare or ora. Bisogna dunque distinguere due strati, due livelli d'immaginario, il livello dell'immaginario speculare, quello del rapporto con i miei simili, che fa sì che io sia riconosciuto da loro, che mi ritrovi in loro, ecc., sempre sotto lo sguardo dell'Ideale; e poi l'immaginario del fantasma, che è un immaginario inconscio, ma che mi guida nella ricerca del mio godimento.

Come s'instaura questo desiderio? È importante saperlo per capire un po' la questione della depressione. È necessario fare qui un'ipotesi che l'osservazione diretta del bambino, o retrospettiva nella cura, permette spesso di toccare con mano.

La costituzione presso il bambino dell'oggetto che causerà il suo desiderio, nel suo fantasma inconscio, è contemporanea e correlativa di una rinuncia, di una perdita, di un lutto. Di che cosa? Lutto dell'essere che egli pensava o sperava di assumere, essere cioè ciò mancava alla sua mamma, a sua madre, ciò che chiamiamo fallo immaginario.

Il fallo come significante - non come organo, poiché il fallo della madre non esiste come organo, quest'organo non esiste - il fallo immaginario della madre è qualcosa che è molto pregnante. Il bambino è quello che bisogna ben educare, bene allevare, è così che viene introdotto nel mondo.

Questo lutto, la perdita di questo essere, è la condizione della formazione dell'oggetto esaltante, dell'oggetto illuminante che causerà il suo desiderio e dunque l'organizzazione del suo mondo. Se non c'è questa perdita preliminare, non c'è luogo dove situare quest'oggetto che causerà il suo desiderio. Bisogna innanzi tutto che ci sia un posto vuoto per potere depositare gli oggetti da cui ci si separerà mano a mano, per potere costituire il proprio desiderio.

Ne risulta che la gioia non è più separabile dal lutto, l'esaltazione dalla depressione, anche se, sostiene Charles Melman, per delle ragioni oscure che attengono sia alla nostra organizzazione fisiologica, sia alla consistenza data alla nostra discorsività (è difficilmente concepibile che si sia allo stesso tempo depressi ed esaltati, è shockante per il pensiero che ci si senta contemporaneamente bene e male, dunque forse per delle ragioni logiche, se volete), questa coesistenza del dolore e della gioia si trova ordinariamente risolta mediante una organizzazione ciclica dell'umore. D'altra parte, è ciò che il calendario liturgico riprende, ci sono delle fasi di lutto, l'Avvento, la gioia di Natale, e poi si ricomincia con la Quaresima, di nuovo l'esaltazione di Pasqua, ecc. Poi c'è tutto un tempo di vacanza che è un po' lunghetto, in

tutte le religioni c'è qualcosa di quest'ordine ciclico, una ritmicità dei momenti di lutto e dei momenti di esaltazione.

L'instaurazione del desiderio richiede dunque l'accettazione di questa perdita: non essere il fallo della madre, non essere il fallo *tout court*. Questo significante liberato avrà allora il potere di metaforizzare gli oggetti conferendo loro uno splendore proprio a renderli desiderabili, poiché essi prenderanno giustamente il posto di quest'oggetto, di questo significante che non s'instaura che grazie alla perdita di Uno, di essere il fallo immaginario della madre.

Ma anche, esso si paga sul corpo, del bambino in ogni caso, con la perdita del pene nell'immagine speculare, questo vuol dire che nell'immagine investita gli organi genitali cadono, non sono più dentro, ciò che non vuol dire che essi non restano attaccati auto-eroticamente. Ma è un fatto che in tutte le culture si mette qualcosa davanti al pene, esso deve essere nascosto, non deve essere investito narcisisticamente. È il segno che esso ha una funzione nell'ordine simbolico, sparisce dall'immaginario per avere una funzione nell'ordine simbolico.

Questo pene è diventato sconveniente. Vi meravigliereste molto se il Dr. Labergère mettesse i suoi testicoli sulla tavola per fare valere la sua autorità, giustamente lo trovereste sconveniente, benché questa forma d'interdetto tenda ad attenuarsi. C'è, per esempio, tutta una corrente teatrale per cui non si può più vedere uno spettacolo senza che tutti siano nudi, senza che si sappia esattamente perché, se non forse affinché gli attori possano goderne, ma non si capisce molto bene. Forse c'è una correlazione con la proliferazione nel nostro secolo della depressione.

La depressione generalizzata mi sembra andare di pari passo con questa eliminazione di un tabù sulla figurazione degli organi sessuali e dunque di una figurazione senza metafora. Non è la stessa cosa fare una pubblicità con degli aerei ben affusolati dove tutti quanti possono vedere una simbologia fallica, e sostituire un aereo con un grosso pistolino dicendo "con questo andrete più veloci", capite la differenza, è la metafora che è perduta.

Non è senza rapporto con la depressione, perché la depressione è per l'appunto la perdita del potere metaforico, del potere poetico, del potere che trasfigura l'oggetto banale in oggetto meraviglioso. Tutto diviene uguale, grigio, nullo, scoccante, niente si accende. "Allora, Signora, come sta?" "sempre lo stesso, Dottore". Un colloquio con un depresso è molto deprimente. Alcuni sono riusciti, con fatica, grazie agli sforzi sostenuti, ad ottenere dal paziente delle informazioni piuttosto interessanti sulla sua storia, ad aprire delle piste, che potrebbero permettergli di interrogarsi in modo un po' diverso su ciò che gli succede, ed ecco che alla fine del colloquio egli vi dice tranquillamente "Come potrò uscirne, Dottore?", niente è stato smosso, tutto è come prima, come se niente fosse stato detto, nessuna via aperta tra l'inizio e la fine della seduta. C'è come una degradazione della funzione significante del linguaggio, una sorta di stasi, una eternizzazione del tempo con la perdita della scansione, a profitto di una ripetizione dello stesso. È come se il significante perdesse la proprietà di essere differente da se stesso, e non rinviasse più ad un aldilà, ma sempre alla stessa significazione annichilente per il soggetto. È ciò che io designo con la perdita della funzione metaforica.

Ora, la metafora implica la rinuncia al predominio del sapere, e questo è interessante a livello della presa in carico dei depressi, perché non si tratta di rifilare più sapere, ma piuttosto che lascino andare un sapere assoluto. La metafora implica di mollare il predominio del sapere nel senso che essa stacca la parola dalla sua significazione immediata. Con ciò essa rompe l'accordo presunto e illusorio della parola con la cosa, sospende la significazione e fa

intendere allo stesso tempo il non-senso profondo di ogni significante, il godimento che lo determina. Niente è più deprimente di qualcuno che vi dice sempre “un gatto è un gatto”, l'autorità che vi rinvia a “è così”.

È il motivo per cui il valore delle parole, come pure degli atti, è il mezzo essenziale per la produzione necessaria del godimento, prodotto dal lavoro dell'inconscio. Quando dico godimento, non parlo di piacere, parlo dell'aldilà del piacere, dell'aumento della tensione nel corpo, nel pensiero. Tensione che non può scaricarsi se non in un'attività che sia significativa per il soggetto.

Non basta attivarsi, come quando si consiglia al depresso “faccia dello jogging!”, bisogna che questa attività abbia un valore metaforico per lui. Se essa ha perduto questo valore metaforico, egli potrà fare tutti i giri dell'isolato, questo non cambierà niente.

Allora, “come ne uscirò, Dottore?” della fine della consultazione rivela una modalità degradata del significante, un modo cosciente, unicamente cosciente, informativo, di controllo del senso, una posizione che sembra rifiutarsi al dispendio di godimento. C'è nella depressione come un rifiuto dell'inconscio o piuttosto della sorpresa con la quale esso si manifesta.

C'è d'altronde spesso un camuffamento dei sintomi, dei sogni (eccetto che nelle depressioni post-traumatiche dove è sempre lo stesso sogno traumatico che ritorna), a profitto di un discorso estenuante, la cui assenza d'interesse affligge il soggetto stesso, il che fa sì che il depresso finisce per evitare di parlare, tanto è scoccante per lui stesso.

C'è dunque in ogni stato depressivo una tendenza alla perdita temporanea del potere metaforico della parola, non della significazione che è perfetta, ma dell'effetto creativo del significante.

Vi ho detto che l'instaurazione del desiderio è correlativa della perdita che permette la costituzione del simbolo fallico, e grazie a questa perdita si può instaurare un oggetto, l'oggetto che causerà il desiderio del soggetto.

L'instaurazione di un oggetto causa del desiderio del soggetto è ciò che si chiama “fantasma” nel gergo lacaniano. Il fantasma è una interpretazione dell'enigma del desiderio dell'Altro su di sé. Il primo Altro con il quale si ha a che fare è quello materno.

Quando un soggetto sostiene il suo desiderio, questo riattiva per lui l'operazione per la quale egli lascia andare il suo essere fallico per introdurre la chiave del suo oggetto nella serratura della castrazione. Ogni volta che voi tenete vivo il vostro desiderio, c'è un rinnovamento, una punta di angoscia, perché dovete di nuovo cedere l'oggetto che causa il vostro desiderio. Sostenere il proprio desiderio si accompagna ad una perdita, è infatti più facile rispondere alla domanda, da cui il gioco permanente fra l'angoscia, che è un richiamo all'impegno: “Coraggio”, al prezzo dell'angoscia e il desiderio; l'angoscia non è dunque una malattia, è un fatto normale, è un punto di riferimento etico per il soggetto. Quando non si è mai angosciati, è che non si è mai dove si deve, è che si sta passando accanto alla propria vita. Dunque, l'angoscia è comunque un riferimento per sapere che si è là dove “è importante per me”, là dove conta per il soggetto, un richiamo all'impegno. Non parlo di tutte le angosce, ci sono angosce psicotiche che sono di un altro tipo.

E poi c'è la depressione che è una contrazione su un falso essere fallico, che lo riduce a non essere che questo oggetto immondo, l'oggetto che deve essere detratto dalla rappresentazione per sostenere il desiderio.

Tutto ciò che mantiene il soggetto nella posizione del fallo fa ostacolo al funzionamento del fantasma ed espone alla depressione.

Notate che ciò che sto dicendo va nel senso contrario a quello di molti programmi psicoterapici che invece fanno balenare l'assunzione dell'essere autentico del soggetto: "diventi più se stesso, si realizzi, si ancori nell'essere". C'è tutto un momento che è esaltante, ma non si risolverà nulla, non si fa che rinviare il problema a dopo, bisognerà pur lasciare questo essere a un certo momento.

L'insorgere della depressione sarà dunque sempre favorito quando l'istanza fallica che organizza il fantasma o non si è mai avverata, oppure è denegata, o contestata.

E qui entrerà nei tre grandi tipi di depressione a partire delle categorie del reale, del simbolico e dell'immaginario.

Il primo, più grande, tipo di depressione che qui tutti conoscono è la melanconia, cioè la forclusione dell'istanza fallica: questa non si è mai verificata.

Allora, la descrizione la conoscete bene, la presentazione del paziente è caratteristica, cito Henri Ey: « È seduto, immobile, piegato, pallido, occhi spalancati, sguardo fisso, fronte corrugata, sopracciglia aggrottate; il malato, prostrato, non parla, geme e piange, presenta inibizione e abulia, sentimenti depressivi, tristezza, noia, disgusto, scoraggiamento, disperazione, rammarico, sofferenza morale, anestesia affettiva». Ciò che è interessante è che egli soffre atrocemente e nello stesso tempo è affettivamente anestetizzato, questo è molto importante. Ciò di cui spesso si lamentano i pazienti, è che essi non sentono più niente ed è atroce non sentire più niente. Come quelli che hanno perduto il gusto. «Pessimismo, auto-accuse, indegnità, senso di colpa e vergogna, ipocondria, sentimento di essere marcio, contagioso, appestato, non-malato ma colpevole, ricerca della morte, rifiuto dell'alimentazione, ossessione del suicidio, ricerca del suicidio incessantemente immaginato, con la possibilità a qualunque momento di un suicidio solitario o collettivo, disturbi somatici costanti, costipazione soprattutto».

Aggiunge Henri Ey: «Questo durerà sei o sette mesi, finché il malato non esce dal suo incubo con una meraviglia divertita». Voglio dire che se riuscite ad ottenere velocemente un risultato terapeutico grazie alle nuove molecole, nel giro di sei mesi, questo significa semplicemente che non avrete impedito l'evoluzione spontanea della maggioranza delle melanconie ad un ritorno alla normalità. Si tratta di un testo scritto prima dell'avvento degli antidepressivi.

Dicendo questo io scherzo un po', perché è proprio in questi casi che i farmaci sono più indicati.

In base alla mia esperienza, bisogna soprattutto privilegiare come patognomica, cioè come specifica della melanconia, la particolare ipocondria con l'allusione per lo più discreta a qualcosa di un poco marcio in sé, che preesiste talvolta all'instaurazione di un quadro depressivo completo.

Bisogna insistere pure sul carattere oggettivo del senso di colpa, un carattere non dialettico del senso di colpa o della perdita addotta, della rovina allegata, e sull'aspetto irrigidito, non dialettico degli enunciati; si tratta di una vera patologia del linguaggio.

A queste persone potete far notare che comunque la colpa di cui si accusano non è poi gran cosa; essi hanno, per esempio, sbagliato qualcosa o hanno commesso questa o quella

stupidaggine. Succede. Non ha assolutamente alcun effetto il fatto di opporre loro che non è molto grave, si tratta di un senso di colpa oggettivo.

Nella melanconia si ha dunque una perdita reale dell'istanza fallica.

Forse nell'anziano si può osservare questo, considerare che non si tratta di un'assenza congenita di questa istanza, ma si può forse fare l'ipotesi che, affinché l'istanza fallica funzioni, bisogna comunque che qualcosa nel corpo vi risponda. Forse nell'anziano, con la perdita delle facoltà fisiche, qualcosa contribuisce a far crollare la funzione fallica.

Dunque una perdita reale di ciò che organizza la mancanza nell'Altro.

Se il lutto è una perdita, la melanconia è una perdita al secondo grado; non è un lutto, è la perdita della perdita, la perdita dell'istanza che permette di perdere, di simbolizzare la perdita.

In mancanza della possibilità di perdere, non c'è più desiderio possibile, e la sola cosa che c'è da perdere è il soggetto stesso, cioè quello che si espelle dalla scena, perché ci sia nuovamente una perdita, una mancanza nella scena.

Altrimenti detto, la melanconia è una malattia del troppo pieno, non c'è più mancanza.

D'altra parte, il soggetto che parla non è più il soggetto animato dall'oggetto detratto dalla rappresentazione, è l'oggetto stesso che parla, l'oggetto immondo, è totalmente ridotto, questo soggetto, a quest'oggetto immondo, e non si difende più da questa identificazione, mentre il paranoico se ne difende. Lo si accusa di essere questo oggetto immondo, ma egli se ne difende. Nella melanconia, invece, c'è una specie di accettazione, ed anche rivendicazione di esserlo.

Si vede bene che c'è soluzione di continuità tra la paranoia e la melanconia, si vedono qualche volta dei paranoici cadere d'un tratto nella "depressione", perdere il loro astio e la loro stencità difensive.

È come se non fosse più il soggetto a parlare delle difficoltà col suo desiderio, con l'oggetto causa del suo desiderio, come tutti quanti qui, ma piuttosto come se l'oggetto stesso si denunciasse, l'oggetto immondo, indegno di figurare nel mondo e colpevole per il fatto di essere ancora lì; il segno patognomonico della melanconia è questa constatazione di un essere minato, di un essere marcio, di un essere che infetta il mondo; non si vedono sempre esplicitamente questi tratti, spesso sono discreti, ma alla fin fine questi piccoli segni di rovina sono interessanti, ed io pensavo all'osservazione di una signora che ci aveva procurato delle serie preoccupazioni, che con ogni evidenza, malgrado l'auspicio della sua terapeuta, andava e veniva regolarmente dall'ospedale; questa ci ha posto veramente la questione della melanconia, dell'origine della melanconia, qui si trattava di una grande costante, non di una melanconia di sei mesi che poi recede, ma di uno stato.

Siccome non c'è più separazione fra il soggetto e l'oggetto, ma una pura identità, gli orifizi del corpo sfumano, al limite il corpo non ha più orifizi, non c'è più buco, e il corpo stesso non si staglia più nello spazio e nel tempo; conoscete la sindrome di Cotard, in cui il soggetto afferma di essere già morto, eterno, enorme, della dimensione stessa dell'universo, e in cui non ha più organi, ciò che si chiama sindrome di negazione degli organi. Non so se ne abbiamo visti qui, non ho il ricordo di averne visti...

O. Labergère

Credo di sì, ho avuto una paziente che penso fosse ...

B. Vandermersch

Sarebbe interessante perché in effetti c'è un *revival* d'interesse per questa sindrome, sembra, negli USA.

In ogni caso c'è un punto che permette di orientarsi un po', ed è che, a differenza delle depressioni nevrotiche che affettano l'immagine dell'Io, la melanconia concerne l'essere stesso del soggetto, non la sua immagine, è lui che è una carogna, uno schifoso, un minato, e non è " ho una brutta faccia", non è l'immagine che è colpita, è l'essere stesso del soggetto.

Queste depressioni, che sono senza appello, costituiscono il dominio elettivo dei trattamenti antidepressivi, ma quando la componente d'angoscia con agitazione prevale sull'inibizione, il rischio di suicidio è tale che è meglio ricorrere d'urgenza all'elettroshock quando lo si può fare. Credo che i reparti siano sempre meno attrezzati per questo genere di cose, ma bisogna dire che si è molto sollevati quando arriva qualcuno che è in una specie di ricerca del suicidio e a cui si può immediatamente praticare l'elettroshock, e subito già provocare (... inaudibile); sono casi, soprattutto melanconie un po' ansiose, dove c'è una componente d'angoscia visibile. L'elettroshock non merita questa specie di reazione emotiva che suscita, so bene che se ne è fatto un uso esteso ed eccessivo, ma oggi c'è un pathos, un patetismo legato all'elettroshock che non è giustificato, perché ogni tanto, invece, è utile.

Nella melanconia tipica, quella della nevrosi maniaco-depressiva, siccome c'è un aspetto di ricadute, è giustificato prescrivere un trattamento preventivo col litio, a mio avviso. Ci sono alcuni che lo trovano pericoloso ma, in ogni caso, è vero che è necessario che sia seguito, ma a mio parere, è utile.

Il secondo grande capitolo delle depressioni è quello delle depressioni dovute ad una perdita simbolica.

Non si tratta più della perdita reale dell'istanza fallica, ma di una perdita simbolica. Cosa vuol dire questo? Questo vuol dire la perdita di ciò che per tale soggetto rappresentava il simbolo della sua appartenenza fallica; grossomodo, di ciò che gli procurava il ticket per figurare nel mondo, egli ha il diritto di esservi perché ha il suo biglietto in tasca, ma, sfortunatamente, perde questo simbolo.

Cosa può essere il simbolo della sua appartenenza? Può essere la patria, può essere la famiglia, o semplicemente il lavoro, la moglie, addirittura il suo animale domestico, penso ad un tipo per cui il cane era tutto; il problema con gli animali domestici è che spesso essi hanno una vita più breve della nostra, e che siamo noi a doverne fare il lutto, piuttosto che loro a soffrire del nostro decesso.

Non si può sapere a priori qual è per qualcuno il simbolo della sua appartenenza al mondo fallico, ciò che assicura la sua dignità, non lo si sa a priori, lui stesso non lo sa, io non so necessariamente ciò che mi dà il diritto di parlarvi così, con autorità, più o meno. In ogni caso, si può notare che queste depressioni si presentano spesso sotto una forma insidiosa: il soggetto continua a badare alle proprie occupazioni, soffrendo del malessere sociale abituale, continua a vedere i suoi amici, continua ad andare al lavoro. L'Io si mantiene in modo precario in una specie di conformismo rispettoso degli ideali del gruppo, ma con un progressivo ritrarsi del desiderio. Queste depressioni possono legittimamente chiamarsi depressioni reattive. E la frequente gravità di queste depressioni giustifica secondo me il trattamento con gli antidepressivi, nell'attesa che il soggetto ritrovi un supporto simbolico. Viceversa, non

sembra giustificato in questo caso un trattamento preventivo delle recidive. Bisogna qualche volta rispettare il tempo necessario al soggetto.

Alcuni trattamenti depressivi, in questi casi, falliscono perché il soggetto non si è ancora convertito all'idea di guarire. Cosa succede? Il soggetto ha dunque perduto ciò che costituiva il suo valore, la stima di sé, e lo si vuole guarire mentre egli non è ancora nell'idea di guarire. Gli si prescrive un trattamento con antidepressivo, e questo antidepressivo ha un effetto paradossale, lo mette di buon umore, ma di un buon umore fittizio, che non è star bene ma star male e, di conseguenza, non segue il trattamento. Si pone a questo livello la questione della depressione dell'anziano, che non so bene se bisogna classificare nel primo caso o nel secondo.

Infine c'è una terza forma di depressioni che dipendono dal registro dell'immaginario, che non sono legate ad una perdita radicale, una perdita primordiale, un'assenza primaria dell'iscrizione nell'istanza fallica, né a una perdita accidentale di ciò che costituisce il valore del soggetto, ma ad una aggressività del soggetto contro questa istanza fallica che organizza il desiderio sessuale.

Quando si produce questa specie di aggressività contro la significazione fallica? Ebbene, quando nella storia del soggetto il desiderio sessuale ha potuto essere interpretato come l'origine della sua disgrazia. Si può pensare a certi bambini i cui genitori si sono separati precocemente a causa di un'avventura passionale di uno dei due genitori, e il bambino, un poco prima della pubertà, dà un'interpretazione definitiva: è il sesso che manda tutto all'aria; e c'è una specie di aggressività contro l'istanza fallica che organizza il desiderio sessuale.

In certi casi, la depressione stessa può diventare simbolo dell'istanza fallica. Questo è ancora più interessante: il fallo non è più investito sul versante dell'illuminazione, ma su quello della perdita, suo correlativo, il fallo è allo stesso tempo il significante della castrazione e quello dell'illuminazione. Ma in questo caso si lascia cadere tutto il lato illuminazione e non si conserva che il lato della perdita. Il fallo investito in questo modo, ebbene, lo si odia.

Queste depressioni che si possono qualificare isteriche, o nevrotiche, dipendenti dunque da una perdita immaginaria, sono particolarmente resistenti, dal momento che il soggetto si regge su questo. Grossomodo, il suo fallo è questo, di non stare bene, di essere malato, malconcio. È banale dire che nell'autobus sentite le persone discutere "questa cicatrice non è proprio niente, io ne ho una così!", e più sei storpio, più sei handicappato, meglio è. D'altra parte oggi c'è una tendenza in questo senso. Colui che è bravo e che merita la riconoscenza del pubblico non è il valoroso combattente che ha battuto cinquanta nemici, ma la vittima, vittima sessuale, vittima di questo, di quello; è formidabile, se si può far valere che si è vittima di qualcosa, immediatamente si andrà in televisione e si avrà diritto a tutti gli onori. È molto strano perché non si vede in che cosa il fatto di essere vittima possa nobilitare il soggetto. È triste essere vittima, è una disgrazia, ma da qui a farne questa specie di valore fallico, questa è una novità.

Questo tipo di depressione si mostra poco sensibile ai trattamenti antidepressivi, addirittura si può aggravare. In questo caso è giudizioso non instaurare questo trattamento in modo sistematico, anche se la cosa si presenta come molto grave e con molti passaggi all'atto, ma innanzi tutto bisogna cercare di restituire al soggetto il senso protestatario della sua depressione.

Ci sono delle persone, spesso delle donne, che hanno passato tutta la loro vita nella devozione più assoluta verso il marito, verso i figli, che hanno rinunciato a molte cose per questo, che

hanno l'impressione di avervi rinunciato e, a cinquant'anni, l'uomo se ne va, per esempio. Allora, a cosa è servito? Perché tutte queste rinunce? "Ah, ero stupida! Ora, faccio sciopero; ora, sono malata". Tutti quanti avrete visto nel vostro entourage questo tipo di depressione e, in questo caso, nessun tipo di antidepressivo funzionerà, al limite può essere pericoloso, perché ...

Bene! Posso fermarmi qui; sì, forse. Vorrei fare una piccola osservazione per illustrare ciò che dicevo, la necessità di questa mancanza nell'Altro, che essa sia intrattenuta, e il fatto che, quando questa mancanza è ingombrata da una formazione parassita, questo fa ostacolo al desiderio e favorisce la depressione.

Vorrei riferire il caso di una depressione grave. Questa depressione poteva essere considerata come la conseguenza dello scacco delle difese perverse del soggetto. L'attaccamento di questo soggetto al fallo immaginario della madre l'aveva portato a costruire diversi montaggi miranti a restituire alla madre il fallo che le mancava. Avrete notato la struttura perversa. Questo paziente alternava feticismo e travestitismo.

Con i suoi montaggi perversi il soggetto poteva sostenersi nel suo essere fallico grazie ad una immagine aggiustata della madre provvista di un pene. Col travestitismo lo metteva sotto il travestimento femminile: c'è una donna con un pene, si era fabbricato l'immagine di una madre che non è mancante. Col feticcio si trattava un po' di qualcosa dello stesso ordine.

Il problema è che questo paziente si trovava quindi dipendere dal suo supporto femminile, madre o partner, che accettava il gioco feticistico o quello del travestitismo.

La cura era caratterizzata dunque dalla monotonia, denunciava delle pratiche sessuali senza alcuna metafora creatrice di senso; tuttavia si trattava di un signore che scriveva delle magnifiche lettere d'amore alle donne, lettere che, d'altronde, ne avevano sedotto più d'una. Lui stesso confessava di non essere molto interessato dall'atto sessuale, soprattutto se si riduceva tutto a questo. Ma, nel suo caso, la morte di sua madre, poi l'abbandono della partner per stanchezza dei suoi giochi perversi, avevano provocato dei gravi episodi depressivi.

Aldilà della perdita di queste persone, la sua depressione era in relazione con la perdita della finzione di un essere fallico immaginario, artificialmente sostenuto da una pratica perversa; il corollario di questo diniego della castrazione materna è che l'enigma del desiderio dell'Altro "Cosa vuole da me?", essendo esclusivamente mascherato da questo artificio feticista, il feticcio aveva preso in qualche modo il posto del fantasma; dicevo or ora che il fantasma inconscio è un'interpretazione del desiderio dell'Altro; ma qui, con questa perversione, è il feticcio stesso che viene a chiudere la questione.

È d'altronde degno di nota che questo paziente si masturbava ripetendo esattamente i gesti igienici che sua madre praticava sul suo pene di bambino che si temeva rischiasse una fimosi; e, per raggiungere il godimento, ricorreva ad immagini pornografiche, escludendo ogni creazione fantasmatica personale. Cioè a dire che in questo sistema c'era esclusione, messa in disparte del sostegno del desiderio attraverso il fantasma inconscio e l'enigma del desiderio dell'Altro; al posto del fantasma c'era questa otturazione a causa dell'artificio perverso, un pene protetico, in qualche modo.

Vi faccio semplicemente questo esempio, si potrebbe eventualmente farne altri, per mostrare come la depressione sorge sempre, insomma è favorita, quando nel sistema del soggetto c'è una tendenza a non seguire la via desiderante, ma a sostituirvi qualche altra cosa: in questo caso, un sistema perverso, ma nel nevrotico normale, per esempio, la risposta alla domanda. È il caso di chi trascura sempre il suo desiderio, ma che ha come sola preoccupazione quella di

rispondere alla domanda, più risponde alla domanda, più è depresso, anche se riceve in cambio segni di soddisfazione da parte degli altri; si dice “ è un bravo ragazzo”, questo non impedisce che lui si deprima.

Ecco dunque questi tre tipi di depressione. In conclusione, in certe depressioni come la melanconia, si tratta di urgenze psichiatriche. Non si sottilizzerà sul fatto se sono delle malattie o non sono delle malattie, sono delle urgenze, refrattarie ad ogni argomento dialettico; non si tratta di parlare, queste depressioni discendono dalla forclusione dell’istanza che permette la perdita; lo sbocco logico in questo tipo di depressioni è il suicidio.

Ci sono altre depressioni che possono anch’esse essere molto gravi e che non dipendono da questo difetto radicale, ma da una perdita accidentale del simbolo che incarnava questa istanza fallica.

E, infine, ci sono numerose depressioni che dipendono da una rivolta profonda contro questa istanza che organizza il desiderio: cioè “io non sono d’accordo, io sono contro, sono contro la sessualità”; la sessualità non solo in quanto pratica genitale, ma tutto quello che essa produce in quanto significazione, cioè tutto l’ordine sociale. È con queste depressioni che si ha di più a che fare, ma non forse all’ospedale, anche se anche all’ospedale ce ne sono. Queste ultime depressioni non devono essere trattate coi farmaci se non prima che un approccio dialettico abbia potuto modificare anche solo un po’ la posizione del soggetto e farlo consentire ad un’altra forma di sostegno della sua esistenza.

Avete domande, osservazioni, suggerimenti?

O. Labergère

Con riguardo alla fine, trovo ciò estremamente chiarificatore. C’è un uditorio abbastanza eteroclitico ...

B. Vandermersch

È deprimente, nella sala

(Risate)

O. Labergère

... non tutti hanno il background analitico e in particolare lacaniano; forse ci sono delle cose che passano un poco sopra la testa, e tuttavia ci sono delle cose molto illuminanti, semplici, molto pertinenti. Non è una sorpresa, la sua relazione è molto ben organizzata, perché lei riprende comunque la distinzione classica delle depressioni, quella che si è appresa nei manuali, particolarmente Henri Ey, che è quella fra depressioni nevrotiche, psicotiche o melanconiche, e reattive, cosa che è completamente abbandonata nel DSM IV, poiché nel DSM IV si tratta delle “depressioni maggiori”, e il resto, all’incirca ...appartiene ai “Disturbi bipolari”, ma la depressione o è maggiore o niente.

B. Vandermersch

È curioso d’altra parte che ci siano “disturbi depressivi maggiori”; lei sa perché sono stati chiamati così?

O. Labergère

Maggiore, perché è maggiore lo spazio pubblicitario per i laboratori farmaceutici?

Intervento

È una questione d'intensità...

B. Vandermersch

No, non ci sono solo dei maggiori...

Intervento

La depressione maggiore corrisponde allo stato melanconico suicidario e (... inaudibile)

B. Vandermersch

Sì, ma non ho trovato un capitolo "Disturbo depressivo minore"

Intervento

Stato depressivo maggiore, nel DSM IV, vuol dire caratterizzato con l'insieme dei criteri, e dopo ci sono dei livelli d'intensità, maggiore o d'intensità moderata. È vero che la scelta dei termini è ...

B. Vandermersch

D'altronde ciò che non è facile nemmeno è come distinguere "disturbi bipolari I" dai "disturbi bipolari II" ...

O. Labergère

Tutto questo è sostanzialmente pseudo a-teorico - lei l'ha detto - sottomesso a delle preoccupazioni operative e di trattamento farmaceutico, è ciò che si chiama la clinica del farmaco, si tratta di entità completamente fittizie.

Mentre l'interesse di Melanconia/Depressione reattiva/Depressione, è di dire delle cose che sono nella pratica quotidiana, estremamente illuminanti sulla natura della perdita, la natura della posizione soggettiva; si vorrebbe che ci fossero nei manuali di psichiatria, perché adesso io penso che i manuali di psichiatria si riducano a queste idiozie di bipolari I, II.

B. Vandermersch

Non è solo l'idiozia, non bisogna esagerare, perché ...,

O. Labergère

Per la clinica, l'interesse comunque è di orientarsi nella relazione terapeutica...

B. Vandermersch

Personalmente, non sono contro gli sforzi per definire ciò che potrebbe esserci di determinismo genetico. In certe famiglie si vedono apparire regolarmente dei maniaco-depressivi, dei disturbi bipolari, come si dice oggi. È un fatto che se c'è un depresso e si vede che suo zio si è suicidato, che una zia, un fratello, ecc..., si ha la tendenza ad essere confortati nell'idea che si tratta proprio di un maniaco-depressivo, qualunque sia il meccanismo che fa sì che ci sia una tale incidenza. E che, dopotutto, si ricerchi se non ci siano dei supporti genetici del meccanismo regolatore dell'umore, che è necessariamente un meccanismo cerebrale, io non sono talmente contrario, dopotutto ciascuno fa il suo lavoro. Viceversa, ciò che è grave

nella posizione dominante è che essa esclude la posizione etica nella faccenda. Cioè che la depressione non debba essere considerata come una malattia che non riguarda il soggetto. Il che significa che la depressione non è una malattia che colpisce un soggetto sano, gli togliete la depressione ed egli starà bene. No, non è questo. Questo modello “stavo bene, ho beccato la rosolia, produco dei sintomi e ora ho recuperato, sto bene”, non è questo il modello della depressione, delle depressioni.

Ciò che è interessante in questo caso è: come stanno le persone che soccombono a degli stati melanconici tra due stati melanconici? Come stanno le persone fra due stati ciclici? Cosa succede? Vedrete che sono delle persone normali, ma non sono normali come le persone nevrotiche, perché non sono nevrotiche, mentre dovrebbero esserlo se fossero normali! Cioè sono delle persone che hanno una relativa facilità nella vita e un'assenza di ..., voglio dire nei casi migliori. E poi ci sono i casi di quelli che non stanno mai bene tra una crisi e l'altra e che non hanno dei veri periodi di riposo. Ciò che rimprovero essenzialmente alla posizione dominante è il rifiuto di prendere in considerazione la posizione etica della depressione e soprattutto essenzialmente per la depressione che può colpire ciascuno di noi, quella che ci mette di fronte al nostro disgusto del mondo, per come esso è organizzato, e quella che può abbattersi su di noi, se perdiamo il simbolo della nostra appartenenza fallica.

O. Labergère

A questo proposito, comunque, io penso che ciò si colleghi a delle considerazioni più generali che sono di ordine politico, sociale, circa il posto della psichiatria.

Questa campagna sulla depressione, è un altro modo di dirlo in rapporto al misconoscimento della posizione etica del soggetto, è di considerare che la psichiatria è una vettorizzazione di una certa normalità sociale e di una sottomissione all'ordine sociale dominante, al cui servizio si tratta, quando si è in difetto o in difficoltà, di eliminare questa disfunzione, magari servendosi anche degli psichiatri e degli psicologi, come servitori di un certo igienismo. È una posizione politica, ma io credo veramente che la campagna sulla depressione sia stata qualcosa di quest'ordine, che ha comunque rivoltato alcuni psicologi, psichiatri, o medici. La medicalizzazione dell'esistenza è comunque una concezione deviata della salute mentale, delle professioni della salute.

B. Vandermersch

Bisogna fare attenzione, nella critica assolutamente giudiziosa di questo tipo di campagna, a non sbagliarsi su dove è il pericolo; il pericolo non è qualcosa da prendere come un eccesso del potere, è piuttosto il segno di una perdita della funzione dell'autorità e il controllo da parte del grande mercato economico, la legge capitalista, che si sostituisce puramente e semplicemente alla legge simbolica, perché normalmente un dirigente si occupa di dirigere. Cosa c'entra questa storia di curare la popolazione che non chiede niente, di prevenire, d'intervenire nelle famiglie, cosa significa? Questo vuol dire che la nostra salute, la nostra ..., sono dei domini economici. Non è contro il potere che bisogna agire; il potere è già da tempo che ha perduto il suo prestigio e si è piuttosto arreso. Quando si vede Sarkozy, tutti ridono ..., (inaudibile) si vede bene che il potere non è aureolato di una ..., è piuttosto l'invasione della mercificazione di tutte ..., e pure di ciò che normalmente dovrebbe restare sacro, cioè “cosa devo fare nella vita?”; la dimensione etica della depressione è per la maggior parte del tempo “mi sono comportato conformemente al mio desiderio?” oppure “ ho smesso di cedere al seguito?, sarebbe ora che mi riprenda”; e questo, se mi si dice “ma no! Non ti preoccupare, sei triste, ma non è grave”, se si va a fare una prevenzione della depressione...

O. Labergère

A questo proposito c'è una parola di Lacan che è citata nelle 132 buone parole, di cui alcune sono rivoltanti (... inaudibile), ma questa è assai gustosa, e ci si può chiedere qual è l'effetto. Ad uno dei suoi pazienti, uno dei suoi analizzanti melanconici, che gli dice con una voce un poco spenta "Dr. Lacan, ho l'impressione di essere fottuto", Lacan ribatte "Ma lei è fottuto!".

È un'illustrazione della vostra affermazione circa la perdita, la mancanza. Quale è stato l'effetto provocato da Lacan che impone tali enormità?

B. Vandermersch

Ho un'amica che ha raccontato recentemente come aveva reagito di fronte ad una depressa, non mi ricordo più bene, è Genéviève Nusinovici ...

O. Labergère

È un po' lo stile di Genéviève. Seriamente, ci si chiede se, se si tratta di qualcuno che è veramente melanconico, se ...

B. Vandermersch

La mia posizione è che, se sono in una posizione melanconica, tu potrai dire tutto ciò che vuoi...

O. Labergère

L'analizzante dice: "ho l'impressione di essere fottuto" e Lacan dice: "ma lei è fottuto!", tira fuori questo...

B. Vandermersch

Non è per melanconico, è per il nevrotico questo; "sei fottuto" vuol dire che "ciò contro cui tu lotti attualmente è inutile, è già fatto". Cioè a dire che questo irrigidirsi contro questa o quella posizione di cui ti lamenti, è senza speranza. A dire il vero, ciò che deprime di più la gente è la speranza. Niente è più pericoloso che di nutrire la speranza, perché la speranza è sempre delusa. È molto curioso che rifiutiamo questa idea così semplice, si vota ogni volta per un governo pieno di speranza, si balla, si canta, quando il nostro campo ha vinto, e nel giro di qualche mese lo stato di grazia è scomparso, si è delusi, e alcuni sopportano male tutto questo, tanto peggio quanto più avevano creduto che il mondo sarebbe stato sbarazzato d'un tratto dalla profonda discordia di questa ineluttabile ..., che l'istanza fallica che organizza il mondo è allo stesso tempo fonte d'illuminazione e di castrazione, e di perdita. Che è tutte e due le cose allo stesso tempo. Il che non vuol dire che ci sono dei governi che non sono peggio degli altri. Vale la pena eleggere il meno peggio. Ma sapendo tuttavia che esso non risponderà al mio umore, non è quello che curerà la discordia che risento profondamente, in rapporto al disagio della civiltà, cosa che Freud aveva visto d'altronde, e Freud aveva pensato che il disagio della civiltà fosse legato ad un eccesso di repressione. Oggi non c'è più alcuna repressione sui sessi, e si vede bene che siamo lungi dallo stare meglio!

Ci sono forse ...

O. Labergère

Sì, un'altra cosa, assai gustosa. La frase che lei ha citata dell'introduzione del DSM IV, effettivamente essi dicono "ricusiamo questa opposizione - è anacronistica - del dualismo

corpo-spirito”, ed è qui che diventa super piccante, essi continuano dicendo “ricusiamo l’opposizione spirito e corpo, ma sfortunatamente il titolo del DSM IV è sempre «Diagnosi dei disturbi mentali», siamo stati obbligati ancora ad impiegare questo termine perché non gli abbiamo trovato un sostituto soddisfacente”.

È molto straordinaria questo genere di dichiarazione!

B. Vandermersch

«Diagnosi dei disturbi cerebrali» sarebbe perfettamente convenuto, ma ...

O. Labergère

Io trovo che sarebbe stato più onesto, neuronali, ma non so che cosa..

B. Vandermersch

Ma ancora una volta io faccio l’avvocato del diavolo, è forse un vizio personale, ma nello stesso tempo abbiamo sofferto durante dei decenni, prima dell’invasione del cognitivo-comportamentismo neuronale, abbiamo sofferto di una posizione dominante della psicoanalisi, nel senso che essa avrebbe una risposta a tutto. “Questo è psichico, hai mal di fegato, è psichico, e..” bene! No! C’è questo fatto che siamo dei corpi, profondamente perturbati dall’incorporazione del linguaggio, ma alla fin fine, siamo comunque fatti di budella!

O. Labergère

Lo spostamento del suo clivage/dualismo - è eccellente - non tra corpo/spirito, ma ancora tra corpo utile e corpo del godimento.

B. Vandermersch

Si, è importante questo, è importante perché la gente è spesso imbarazzata nel dire “bene, tu sei psico-genetista o sei organo-genetista?”, come se fosse questa la partizione.

Vi farò notare che la psicologia è sullo stesso livello della scienza, c’è la cerebrologia, c’è la psicologia, a partire dal momento in cui c’è il termine “logia”, cioè un discorso obbiettivo su un po’ (... inaudibile) si è nella scienza, si è dallo stesso lato. Non c’è nessuna separazione fra la neurologia e la psicologia. Per contro, il mio corpo non è lo stesso quando è osservato da uno psicologo, pure con il cervello, o un radiologo, ecc., o il mio corpo quale lo posso sentire quando farfuglio qualcosa davanti a un pubblico, quando sono davanti ad una donna, è tutta un’altra cosa, e questo corpo del godimento è il corpo reale in fin dei conti, quello sul quale non ho discorsi da fare, che non posso raggiungere. Bene, ecco. E qui c’è un vero taglio. Ciò che d’altronde è un po’ seccante oggi è che, con l’ideale di trasparenza, l’idea che niente debba sfuggire allo sguardo, e dunque pure ciò che c’è di più intimo, la sessualità, quello che penso, ecc., non c’è nessuna ragione che questo sia staccato dal resto, è la perdita di questo luogo del sacro che favorisce questa depressione generalizzata. Cioè che, se non c’è un luogo di ricetta dove io possa ficcare i miei oggetti, nell’inconscio; se tutto deve essere cosciente, non c’è più posto per il soggetto, è tutto! Il soggetto è ciò che è inconscio. Non è l’Io; il soggetto è ciò che si suppone che parli quando io parlo, e che è una pura ipotesi, cioè che voi potete pensare o che è un disco che sta parlando o che io recito una lezione, si può pensare questo. Forse voi fate l’ipotesi che c’è un soggetto che parla, ma cos’è questo soggetto? È semplicemente un luogo inaccessibile, ecco tutto! Un luogo di ricetta, un luogo che è animato dal desiderio, da del desiderio, tutto qui!

Se si vuole mettere tutto sul tappeto, se si vuole aprire questo luogo di ricetta, è la perdita della soggettività, tutto è conscio, ebbene, è esattamente il dramma del depresso, il depresso è quello che non è più animato da un luogo esterno a lui. Momentaneamente, è otturato.

Forse avete delle osservazioni? O delle obiezioni, sarebbe interessante. A meno che non ce ne siano da parte sua, Olivier?

O. Labergère

Ci sono tante cose appassionanti...

Intervento

Io avrei una piccola osservazione concernente ciò che lei diceva sul depresso melanconico. Mi è sembrato di capire che lei suggerisce che in questo caso non c'è niente da fare, dal lato della parola...

B. Vandermersch

Nel momento della ..., quando arriva; le giuro che la signora che abbiamo visto con ..., nel momento in cui è lì, si può parlare delle ore e delle ore, niente si muove. Tra l'altro, questo è un caso un po' particolare, ma nelle grandi melanconie acute, francamente, una volta stabilito che si ha a che fare con un melanconico, la prima cosa da fare è di metterlo sotto trattamento. Dopo si procede alla sua osservazione. Certamente, si parla, ma solo in un secondo tempo, quando non si è più nell'urgenza suicidaria, allora la parola riprende i suoi diritti. Perché effettivamente, io ho avuto in analisi, nella misura in cui c'è analisi, delle persone che avevano degli stati, d'altronde degli stati piuttosto maniacali a ripetizione, delle psicosi maniaco-depressive in definitiva. Ebbene, non è completamente inutile il lavoro che si fa. Bisogna riconoscere che le persone che lo intraprendono, lo fanno spesso sotto la forte pressione del loro *entourage*, raramente hanno interesse, precedente voglio dire, per questo genere di intervento. E ci si può immaginare ..., nel caso al quale penso, questa giovane donna ha visto i suoi episodi diradarsi, e poi, a mia conoscenza, sparire; ma alla fine niente prova che non possa avere una ricaduta tra venti anni! Ma vale la pena di fare questo, non fosse che per permettere al soggetto di reperire qual è la sua posizione soggettiva e di ritrovare una dimensione etica. Perché si tratta di persone che trattano il loro corpo come una macchina e non come un luogo di godimento; è paradossale, poiché c'è un'invasione del godimento nello stato maniacale ad esempio, ma essi non ne parlano, una volta che si è riassorbito, è il discorso più ..., a meno che non abbiate altre idee, altre esperienze, è un discorso completamente cancellato, dove la soggettività è cancellata.

Intervento

Questo mi sembrava importante precisarlo; all'ospedale ...

B. Vandermersch

All'ospedale bisogna certamente, io incoraggio non soltanto i medici a scrivere ciò che i pazienti dicono, magari non nel dossier che deve essere trasmesso alle autorità, ma insomma in un quaderno speciale, e così pure agli infermieri di parlare con le persone. Bisogna parlare con le persone. Bisogna ascoltarle, e cercare di portarle ... , questo è essenziale; è essenziale per cercare di farsi un'idea, per se stessi, di che cosa è una malattia mentale.

Sono d'accordo con lei, ma bisogna mettere le cose al loro posto, quando c'è un'urgenza suicidaria non è il momento di ..., ma bisogna avere il coraggio di farlo, quando la famiglia non è molto calorosa, c'è un'urgenza, è un'urgenza!

Bene, Maria, lei ha un'osservazione da fare?

Dr. Maria

Dove situa lei l'alterazione della sensibilità nella depressione?

B. Vandermersch

L'alterazione della sensibilità...

Dr. Maria

Lei parla molto della dipendenza dall'altro, ma si tratta di persone che non hanno gusto, che non hanno sensibilità. Lei ha criticato tutte queste tecniche e ha parlato della situazione del fallo, con questo termine tecnico, la ricerca dell'essere...

B. Vandermersch

È un fatto che si arriva al mondo come il piccolo fallo della madre, le mancava da sempre, si arriva, nei casi migliori lei è rapita, lei mi vede e.. bene! È il lutto di ciò che devo fare se voglio divenire un soggetto desiderante, pazienza se la lascio su un buco, su una mancanza!

Dr. Maria

Noi vediamo delle persone che dicono di non avere sensibilità, cioè alterazione della sensibilità a tutti i livelli; è sicuro che quando si è in ospedale, non ci si situa in una tecnica determinata, ma si fa una specie di amalgama delle tecniche..

B. Vandermersch

Questo dipende da come si è...

Dr. Maria

Io constato che questo funziona, quando si dice al paziente "cerchi di sentire gli odori, utilizzi la sensibilità per uscire dalla depressione", in questo caso, cosa fracciamo?

B. Vandermersch

È questo che le sto dicendo. Da che cosa dipende il fatto che le cose hanno gusto? Le cose hanno gusto perché sono illuminate da questa istanza fallica! Le cose non hanno gusto in sé e per sé; lei dirà "gli animali adorano lo zucchero e., e dell'istanza fallica se ne fregano!" D'accordo, ma alla fine noi siamo degli animali completamente denaturati dal linguaggio! E si sa benissimo che il dolce più buono per un depresso può diventare niente, niente! Tutto grigio, tutto piatto. Dunque lei, grazie al suo genio, lei dice: "ma questo, questo m'interessa", e grazie a questa offerta desiderante, lei cerca di provocare nell'altro uno stimolo, cioè che egli ritrovi un minimo d'interesse per il gusto, per il gusto delle cose; cioè a dire che lei introduce la dimensione fallica anticipandola

Dr. Maria

Ciò che m'imbarazza è che io penso che ci sono cose della sensibilità che non passano necessariamente dal linguaggio, che sono anteriori al linguaggio.

B. Vandermersch

Anteriori al linguaggio nel senso in cui il fallo è un significante che non è qui, ma è lui che organizza tutti gli altri; se un dolce è buono, è un affare di linguaggio, e si potrebbe parlarne delle ore, del dolce che è buono oppure no, era quello di mia nonna, spesso legato a storie di famiglia, di nazioni... Il gusto è ciò che fa sì che a me piacerà tale sapore speziato, che sarà sempre legato al ricordo di qualche circostanza che ha un significato per me, cioè dipende sempre da un significante. Ciò non vuol dire che il gusto nell'assoluto... ci sono delle papille gustative, che non hanno niente a che fare col linguaggio, sono d'accordo con lei. Tuttavia, se tale sensazione per me è piacevole, mentre per un altro per niente, è proprio perché per me è stata associata a qualcosa che è stata marcata da un significante. Dunque io trovo che lei ha ragione di cercare di provocare nel paziente un interesse per ciò che è fuori di lui.

Dr. Maria

È questo, tutte queste tecniche che..

B. Vandemersch

Ma quali che siano queste tecniche, è vero che in alcuni, soprattutto nelle persone anziane, nelle quali c'è una specie di stanchezza dell'istanza desiderante, c'è chi si prepara a lasciare il mondo piuttosto che a conquistarlo.

Avete altre osservazioni, altre obiezioni? Perché vedo che...

Dr. Maria

Io penso che ci sono delle cose che sono prima del linguaggio, e che c'è una parte della sensibilità che.., l'effetto di sentire non è necessariamente...

O. Labergère

Io sono d'accordo con lei, ma ciò che io penso è che c'è tutta una corrente di pensiero, ivi compresa analitica, per la quale c'è del pre-verbale, della presenza, e certi winnicottiani, c'è qualcosa qui che li differenzia molto dai lacaniani, benché i lacaniani non siano tutti così, ciò che organizza la differenziazione è comunque il linguaggio, il fallo, sono assolutamente d'accordo, ma ci sono comunque tutte queste correnti.. Capisco ciò che dice Maria, è che comunque nella depressione c'è qualcosa di una specie di presenza, attraverso ..

B. Vandermersch

Tanto più nella depressione c'è una patologia del linguaggio, tanto più c'è un ritorno; devo insistere a questo proposito, sulla perdita dell'effetto metaforico del linguaggio, cioè che il linguaggio ritorna ad essere un linguaggio di segni.

Dr. Maria

Pure nella psicosi, ed è questo giustamente...

B. Vandermersch

La questione di “prima del linguaggio”, è perché ci si mette in una prospettiva genetica, si osserva che il bambino non ha parlato subito, che egli si è innanzi tutto confrontato con l’odore di sua madre, ecc. ecc. È vero tutto questo, ma nondimeno gli odori, i gusti, tutto è ripreso, in quanto si manifesta in questo luogo di mancanza; questi oggetti non sono del linguaggio in quanto tali, la cacca, non è del linguaggio, ma si ritagliano in seguito dal linguaggio per manifestarsi nel luogo che è organizzato da questo significante particolare, il significante fallico; il seno che organizza il fantasma non è il seno che è pieno di latte, ma il seno in quanto svezzato, che è ritagliato dal corpo. Se si vuole cercare di ritrovare una specie di mito, odore primitivo, perché no? Ma, in definitiva, questo primo odore non avrà valore per il soggetto se non in quanto si ritroverà investito da un amore. Voglio dire che se questo non ha almeno al minimo il significato di un amore, di una rinarcisizzazione, è senza effetto. D’altronde, potete pensare che c’è un effetto unicamente perché ha sentito l’odore, no!, è perché, risentendolo, lo ritrova in una posizione in cui è narcisizzato.

O. Labergère

Giusto una parola, io credo che prima, in certe strutture, pre-nevrotiche o psicotiche, ancora prima di potere accedere al linguaggio, si è nel tutto, ed è necessario, Winnicott per esempio, è necessario procedere ad un azione dell’ambiente, del quadro, che permetta una holding, una presenza, che permetta a poco a poco che le rappresentazioni possano di nuovo essere accessibili; in definitiva, c’è qualcosa di pre-verbale qui, e penso a Winnicott nella seduta di analisi, egli faceva...

B. Vandermersch

Pensa che sia pre-verbale, mi piacerebbe...

O. Labergère

No, non è che pensa questo, ma pensa che ci sono delle necessità di modificazioni del *setting*, dell’ambiente, ivi compresa una presenza fisica, e per ciò che dice Maria, per qualcosa di non so che...questa è una delle cose della pratica, non si farà una terapia, un’analisi, del bla bla bla...

B. Vandermersch

Assolutamente

O. Labergère

Ci sono dei momenti, ciò che Winnicott chiama la regressione, essenziali perché in seguito ..

B. Vandermersch

Ma io sono assolutamente d’accordo; semplicemente è un’illusione credere che tutto ciò che si fa, questi gesti, dare una pacca sulle spalle per dire buongiorno, ecc.,. che questo sarebbe fuori del linguaggio, questo ha un significato!

Dr. Maria

È fuori dalle parole.

B. Vandermersch

È fuori dalle parole, ma il nostro coso .. lì, questo apparecchio non è fuori linguaggio.

O. Labergère

Non è una mistica del fuori linguaggio.

B. Vandermersch

Ma se è semplicemente per dire che non ci sono solo le parole che contano io sono assolutamente d'accordo. Ci sono altri modi per far sentire a qualcuno che ci si occupa di lui, che ha diritto di essere un umano come gli altri, che ha diritto di esistere, mentre lui sta dicendo "mi sto espellendo dal mondo" ebbene, io lo riacciuffo, lei ha ragione; per esempio, delle persone sul divano, per anni, mentre la cosa che li avrebbe salvati, era di rimetterli in fase, di riprenderli un po' ... sono d'accordo. Alla fine, io credo che siamo più o meno d'accordo.

O. Labergère

Bene. Grazie, infinitamente.

Bernard Vandermersch è psichiatra e psicoanalista a Parigi, membro dell'Association lacanienne internazionale. Insieme a Roland Chemama ha curato per Larousse il Dictionnaire de psychanalyse. Il Dizionario è stato tradotto in italiano a cura di C.Albarelo per le edizioni Gremese.

