

32/Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte  
(1929)

Ernest Jones, in un piccolo saggio intitolato « Freddo, malattia e nascita »<sup>1</sup> che riprende il filo dei miei pensieri sulle « Fasi evolutive del senso di realtà »<sup>2</sup> (inoltre idee di Trotter, Stürcke, Alexander e Rank legate al mio saggio), riconduce almeno in parte la tendenza alle malattie da raffreddamento, così sviluppata in tanta gente, a impressioni traumatiche della prima infanzia, particolarmente a sensazioni di dispiacere come quelle che il bambino prova quando è allontanato dal caldo ambiente materno; si tratterebbe di sensazioni che più tardi, secondo la legge della coazione a ripetere, devono esser continuamente rivissute. Le deduzioni di Jones erano fondate essenzialmente su considerazioni di carattere fisiopatologico, ma anche in parte su considerazioni psicoanalitiche. Nella breve comunicazione seguente mi muovo in un ordine di idee analogo, ma intenderei mostrarvene l'applicazione in un terreno un po' più vasto.

A partire dall'*Al di là del principio di piacere* - l'opera di Freud sulle basi istintuali, ulteriormente non analizzabili, di ogni essere organico - ci siamo abituati a considerare tutti i fenomeni vitali, anche quelli della vita psichica, come una mescolanza, in definitiva, dei due istinti principali: l'istinto di vita e l'istinto di morte. Una sola volta abbiamo visto Freud ricondurre una manifestazione patologica alla quasi totale defusione di questi due istinti:

<sup>1</sup> Int. Ztschr. f. Psa. vol. IX, 1923.

<sup>2</sup> In *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. I, Guaraldi, 1972.

nella sintomatologia epilettica, da lui intesa come infuriare di una tendenza autodistruttiva quasi del tutto priva delle inibizioni che normalmente subisce ad opera della volontà di vivere. Da allora la plausibilità di questa concezione mi è stata confermata da indagini psicoanalitiche. Conosco dei casi in cui l'accesso epilettico si collega all'esperienza spiacevole di sentire la vita come indegna di essere vissuta (non ritengo, naturalmente, di aver detto alcunché di definitivo sull'essenza dell'accesso stesso).

Come primario di un ospedale militare durante la guerra, ho avuto tra l'altro il compito di giudicare l'attitudine al servizio militare di numerosi epilettici. Individuati i casi di simulazione, tutt'altro che rari, e gli attacchi isterici, mi trovai di fronte a una serie di fenomeni epilettici tipici, nei quali ebbi modo di studiare più da vicino le manifestazioni dell'istinto di morte. Trascorsa la fase della rigidità tonica e delle contrazioni cloniche, per lo più sopravveniva - perdurando sempre un profondo stato di coma con pupille sbarrate - un rilassamento della muscolatura e un respiro stertoroso, insufficiente ed estremamente faticoso, evidentemente provocato dallo spossamento della muscolatura della lingua e della laringe. In questo stadio, molto spesso era possibile troncicare l'accesso chiudendo per un breve periodo le vie respiratorie ancora attive. In altri casi però si doveva interrompere il tentativo per la minaccia di asfissia. Era naturale supporre che dietro la diversa profondità dello stato di coma ci fosse una maggiore o minore defusione istintuale. Purtroppo, circostanze esterne mi impedirono di approfondire analiticamente questi casi.

Sono giunto a farmi un'idea più circostanziata sulla genesi delle tendenze inconse all'autodistruzione, analizzando casi, che l'anatomia lasciava insoliti, di disturbi circolatori e respiratori, specialmente di *asma bronchiale*, e di totale inappetenza e dimagrimento. Tutti questi sintomi concordavano talvolta completamente con le tendenze suicide contro cui i pazienti dovevano combattere. In due casi non potei fare a meno di interpretare come tentativi di autostrangolamento anche le contrazioni della glottide verificatesi durante l'infanzia e analizzate retrospettivamente. Durante l'analisi di questi due casi, ho formulato l'ipotesi che adesso esporrò, nella speranza che una nuova cerchia di osservatori (penso in

modo particolare ai pediatri) possa confermarla con ulteriori contributi.

Entrambi questi pazienti vennero al mondo, in certo senso, come *ospiti indesiderati della famiglia*. Uno era il decimo figlio di una madre evidentemente sovraccarica di prole, l'altro nacque mentre il padre era gravemente ammalato, tanto che poco tempo dopo morì. Tutto faceva pensare che questi bambini avessero recepito i segni, consapevoli o inconsapevoli, con cui la madre manifestava il suo rifiuto o la sua impazienza nei loro confronti e che per questo motivo si fosse prodotta una frattura nella loro volontà di vivere. Nei periodi successivi, circostanze relativamente poco gravi si rivelarono quindi sufficienti a provocare la loro volontà di morire, anche se compensata da una forte volontà di adattamento. Pessimismo morale e filosofico, scetticismo e sfiducia diventarono tratti salienti del loro carattere; ma si poteva parlare anche di una malcelata nostalgia di tenerezza (passiva), di avversione al lavoro, di incapacità a sopportare sforzi di lunga durata, insomma di un certo grado di infantilismo emozionale, non senza, naturalmente, dei tentativi di rafforzare il carattere con delle coercizioni. L'alcolismo di una signora ancora giovane risultò esprimere un tedio della vita, particolarmente grave, che perdurava fin dall'infanzia e che naturalmente trovò anche nelle difficoltà della situazione analitica ripetute occasioni per manifestarsi con impulsi suicidi non facilmente dominabili. Ella ricordava, e anche altri componenti della sua famiglia me lo confermarono, che come terza femmina in una famiglia senza figli maschi aveva avuto un'accoglienza tutt'altro che amorevole. Com'è logico, si sentiva innocente e cercava di spiegare con precoci meditazioni l'odio e l'impazienza della madre. Per tutta la vita conservò una tendenza alla speculazione cosmologica con un tocco di pessimismo. Le sue ruminazioni sull'origine di tutto ciò che è vivente erano per così dire la continuazione della domanda rimasta senza risposta sul perché, in fin dei conti, la si fosse messa al mondo, se non si era disposti ad accoglierla benevolmente. Come sempre, anche in questo caso il conflitto edipico fu una prova di forza che la paziente non fu in grado di reggere, così come altrettanto poco seppe affrontare le difficoltà, incidentalmente più grandi del solito, dell'adattamento alla vita coniugale;

restò infatti frigida. Del resto tutti gli ex « bambini indesiderati » di sesso maschile da me osservati soffrivano di disturbi della potenza sessuale. La « tendenza al raffreddamento » postulata da Jones in casi analoghi, si presentava in molti modi: eccezionalmente si manifestò con un forte raffreddamento notturno (che portava la temperatura al di sotto del normale), di cui era difficile dare una spiegazione organica.

Non è certo compito mio dare una descrizione esauriente o almeno parziale della semiotica di questo tipo di malattia, che qui ci interessa solo per la sua etiologia; per un compito come questo non bastano, come abbiamo già detto, le esperienze di una sola persona. Era mia intenzione accennare solo al fatto che i bambini accolti *fredamente* e senza affetto muoiono con facilità o hanno una propensione a morire. Essi possono cioè utilizzare una delle tante possibilità organiche per un rapido decesso, ma anche quando si sottraggono a questo destino, conservano una disposizione al pessimismo e una sorta di svogliatezza di fronte alla vita.

Questa ipotesi etiologica si fonda su una concezione teorica dell'azione degli istinti di vita e di morte nei diversi periodi della vita, diversa da quelle correnti. Ingannati dagli imponenti fenomeni di crescita che si svolgono all'inizio della vita, si era inclini a credere che nel neonato gli istinti di vita avessero un netto sovrappunto; anzi, si era propensi a rappresentare gli istinti di morte e di vita come serie complementari, in cui immaginavamo che il massimo della vita coincidesse col suo inizio; quest'istinto sarebbe poi sceso a un punto zero con l'avanzare dell'età. Ma sembra che le cose stiano altrimenti. Certo, all'inizio della vita intra ed extrauterina gli organi e le loro funzioni attraversano fasi di sviluppo di una pienezza e di una rapidità sorprendenti — sempre, però, nella favorevole condizione di protezione della vita prima embrionale e poi infantile. Tuttavia, solo nella misura in cui i genitori dimostrano al bambino un amore senza limiti e lo circondano di cure e di tenerezza, essi possono farsi perdonare di averlo messo al mondo senza sua richiesta; in caso contrario, entrano ben presto in azione gli impulsi distruttivi. Ciò non è strano perché il lattante è molto più vicino alla non-esistenza individuale di quanto non lo sia l'adulto, che ne è separato dall'esperienza della vita. Per questa

ragione si direbbe che sia molto facile che il bambino scivoli spontaneamente indietro, nell'inesistenza. La « forza vitale » capace di resistere alle difficoltà della vita non è dunque di per sé così grande, ed è solo a condizione di venir trattato ed educato con delicatezza che il bambino acquisisce una progressiva immunizzazione contro i danni fisici e psichici. In corrispondenza del decrescere della curva di morbilità e mortalità nell'età media, solo nella maturità, in sostanza, l'istinto di vita arriverebbe a equilibrare le tendenze distruttive.

Se vogliamo inserire i casi che presentano questa etiologia in quei « modi tipici di ammalarsi » che Freud ci ha descritto in una fase non ancora avanzata del suo lavoro e tuttavia in modo così esauriente, il loro posto è all'incirca tra le nevrosi endogene e quelle esogene, o da frustrazione. Coloro che palesano così presto la loro voglia di vivere danno l'idea di esseri a cui faccia difetto la capacità di adattamento, simili a coloro che nella classificazione freudiana soffrono di una debolezza congenita di capacità vitale, con la differenza, però, che nel nostro caso il trauma precoce sta al posto della debole complessione congenita. Naturalmente poi si dovrebbe affrontare il compito di distinguere le sottili differenze tra i sintomi nevrotici dei bambini trattati con freddezza fin dall'inizio e quelli dei bambini accolti, prima con entusiasmo e con manifestazioni appassionate d'amore e poi completamente trascurati.

Ora mi si può chiedere se io abbia qualcosa da dire anche su una specifica terapia di questo gruppo di malattie. In armonia con i miei esperimenti di « elasticità » della tecnica analitica<sup>3</sup>, in molti casi di diminuita voglia di vivere mi sono visto costretto, durante la cura, a ridurre sempre di più le mie richieste di efficienza ai pazienti. Alla fine mi capitava di paragonare il paziente a un bambino che bisogna lasciare in pace per un certo tempo, in modo analogo, per l'appunto, a quel « trattamento preliminare » che Anna Freud ritiene necessario nell'analisi infantile. Lasciare in pace i pazienti significa allora lasciarli godere per la prima volta di quel senso di irresponsabilità che è proprio dell'infanzia, il che

<sup>3</sup> In questo volume.

comporta l'introduzione di impulsi vitali *positivi* e di motivazioni per continuare a vivere. In questi casi solo in un secondo momento si possono adottare quelle condotte frustranti che distinguono altrimenti le nostre analisi. Naturalmente, anche le analisi di questo genere devono concludersi come tutte le altre, e cioè con l'eliminazione delle resistenze che sempre si risvegliano con l'adattamento alla realtà e alle sue frustrazioni, e infine, non dimentichiamolo, con l'acquisizione della capacità di godere la felicità, quando questa nella realtà sia raggiungibile.

Una signora che aveva subito l'influenza unilaterale di una certa corrente psicoanalitica, la psicologia dell'Io, ma che per il resto si rivelava molto intelligente, sollevò subito un'obiezione a proposito del valore che io attribuivo all'apporto di « impulsi vitali positivi », cioè al fatto di trattare con tenerezza i bambini; essa chiese come questo si potesse conciliare col peso che secondo la psicoanalisi ha la sessualità nell'origine delle nevrosi. Non fu difficile rispondere: nella mia « teoria genitale »<sup>4</sup> avevo infatti sostenuto l'opinione che le manifestazioni vitali dei bambini piccoli sono quasi esclusivamente libidiche (erotiche), ma che questo erotismo non si nota, *appunto per la sua ubiquità*. Solo dopo che è avvenuta la formazione di un organo specifico dell'erotismo, la sessualità diventa inequivocabile ed innegabile. Con ciò intendo rispondere anche a coloro che prendessero pretesto da questa comunicazione per attaccare la teoria delle nevrosi di Freud in rapporto alla teoria della libido. Del resto ho già detto che spesso è solo con i conflitti edipici e con le esigenze della genitalità che divengono manifeste le conseguenze di una scarsa voglia di vivere di origine molto più remota.

<sup>4</sup> Int. Psa. Verlag, Wien 1924, Trad. it. *Thalassa*, Astrolabio, Roma 1965.