

CPD

CENTRO PSICOLOGIA DINAMICA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA DINAMICA INTEGRATA

15

Quaderni CPD

Quaderni CPD

Direttore
Marco Sambin

Vicedirettore
Enrico Benelli

Redazione
enrico.benelli@unipd.it

Comitato Scientifico

Alice Arduin (Centro Psicologia Dinamica, Padova), Riccardo Baroffio (Centro Psicologia Dinamica, Padova), Serena Barreca (UPS - Università Pontificia Salesiana di Roma, IRPIR, TSTA EATA-ITAA), Enrico Benelli (Università degli Studi, Padova), Luca Campanelli (Adelphi University, Garden City, NY), Giorgio Caviglia (II Università degli Studi di Napoli), Antonello Colli (Università degli Studi "Carlo Bo", Urbino), Nino Dazzi ("La Sapienza" Università di Roma), Francesco De Bei ("La Sapienza" Università di Roma) Alessandra De Coro ("La Sapienza" Università di Roma), Francesco Gazzillo ("La Sapienza" Università di Roma), Vittorio Lingiardi ("La Sapienza" Università di Roma), Rachele Mariani ("La Sapienza" Università di Roma), Cristina Marogna (Università degli Studi, Padova), Erhard Mergenthaler (Universität Ulm), Carola Modica (Universität Ulm) Kathrin Moertl (Universität Ulm), Dolores Munari Poda (TSTA EATA-ITAA, Torino), Chiara Pazzagli (Università degli Studi, Perugia), Diego Rocco (Università degli Studi, Padova), Marco Sambin (Università degli Studi, Padova), Angela Tagini (Università degli Studi "Bicocca", Milano), Roberto Viviani (University of Cambridge; Universität Ulm), Alessandra Vicari (Universität Ulm), Marta Vigorelli (Università degli Studi "Bicocca", Milano), Steffen Walter (Universität Ulm), Alessandro Zennaro (Università della Valle d'Aosta)

Stampa: Cleup Padova (PD) - Italy

Registrazione presso il Registro Stampa del tribunale di Padova al n. 2130 del 21 04 2008
Codice rivista: E199449
Codice ISSN: 1974-5443

© 2013 CPD – CENTRO PSICOLOGIA DINAMICA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA DINAMICA INTEGRATA
Via Buzzaccarini 51 - 35124 Padova
Tel e Fax: 049691263 Cell: 3200503390
centropsicologia.cpd@libero.it
www.centropsicologiadinamica.it

SOMMARIO

VERSO UN TRATTAMENTO ANALITICO TRANSAZIONALE OPERAZIONALIZZATO DELLE DEPRESSIONE	5
---	---

Enrico Benelli

DEPRESSIONE: UNA REVIEW DELLA LETTERATURA SULLA DIAGNOSI, I SOTTOTIPI, I PATTERN DI GUARIGIONE ED I MODELLI DI PSICOTERAPIA	9
---	---

Mark Widdowson

INQUADRARE LA DEPRESSIONE	35
---------------------------------	----

Mark Widdowson

ANALISI TRANSAZIONALE E DEPRESSIONE	51
---	----

Cristina Piccirillo, Salvatore Ventriglia

“COME PIETRA... AL FONDO DI ME” (R. BARTHES) LA DEPRESSIONE IN ADOLESCENZA: UN APPROCCIO ANALITICO TRANSAZIONALE	61
--	----

Cristina Capoferri, Stefano Morena

IL MONDO MELANCONICO. ESPERIENZA CLINICA, DIAGNOSI, TRATTAMENTO.....	75
---	----

Barbara Fabbroni

IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE SECONDO L’ANALISI TRANSAZIONALE: UN’ESPERIENZA	98
--	----

Désirée Boschetti, Barbara Revello

VERSO UN TRATTAMENTO ANALITICO TRANSAZIONALE OPERAZIONALIZZATO DELLA DEPRESSIONE

Enrico Benelli

Questo numero dei Quaderni CPD è dedicato al trattamento della depressione secondo il modello psicoterapeutico dell'Analisi Transazionale.

Depressione è una parola che richiama un fenomeno infinitamente complesso: parafrasando l'incipit dell'Anna Karenina di Lev Tolstoj, probabilmente ogni persona depressa è depressa a modo suo. Parlare della depressione in generale, astraendola dalla persona che ne soffre, può essere un modo di generalizzare l'unicità dell'esperienza vissuta, forse nel tentativo di mettere una rassicurante distanza tra chi la teorizza e chi la vive.

Tuttavia, in un mondo globale dove la bontà dei terapeuti è sempre più spesso ed erroneamente associata alla quantità di articoli di ricerca che validano il modello teorico a cui fanno riferimento, come comunità scientifica non possiamo esimerci da un discorso sulla depressione fatto secondo i crismi della moderna ricerca in psicoterapia.

Diversi modelli di psicoterapia hanno definito con chiarezza il fenomeno "depressione", le teorie eziopatogenetiche che la determinano, i criteri per diagnosticarla ed i piani di trattamento per curarla. Alcuni modelli hanno sottoposto a validazione empirica le loro ipotesi ed hanno dimostrato l'efficacia del proprio modello e relativo piano di trattamento nella cura della depressione. I modelli che hanno perseguito questo intento adottando i criteri proposti da diverse commissioni dell'American Psychiatric Association hanno raggiunto lo statuto di Trattamento Supportato Empiricamente (Empirically Supported Treatment, EST).

Sono noti i benefici culturali, politici ed economici associati a questo ambito status: i servizi sanitari nazionali su pressione di lobby assicurative e formative tendono a rimborsare solo le terapie EST, e più o meno velatamente disincentivano gli altri modelli di terapia; inoltre i pazienti che sempre più spesso navigano e si (dis)informano in internet riportano nelle

prime sedute le avventate equazioni di chi assimila EST ad efficacia clinica, e non EST a non efficacia.

L'Analisi Transazionale non ha ancora raggiunto lo status di EST, sebbene in molti ne apprezziamo l'imponente efficacia clinica che osserviamo quotidianamente nei nostri studi.

La comunità AT, clinicamente molto ben equipaggiata, può a mio avviso giocare bene anche ai tavoli della ricerca ed ottenere il riconoscimento come trattamento supportato empiricamente, inizialmente per la depressione e poi per le altre classi nosografiche.

Ciò che ci serve è un chiaro modello AT della depressione, dell'eziopatogenesi, della diagnosi e del piano di trattamento, sottoponibile a verifica sperimentale attraverso l'uso di strumenti di misura ampiamente validati ed accettati nella più vasta comunità scientifica alla quale apparteniamo.

Ci servono inoltre disegni di ricerca intensivi ed estensivi capaci di validare il modello teorico ed il piano di trattamento e capaci di confrontare l'efficacia del modello AT con l'efficacia di altri modelli clinici, ad esempio la terapia cognitivo comportamentale.

Ci serve infine, e soprattutto, che l'intera comunità AT si riconosca il più possibile in un corpus di concetti fondamentali AT comuni, adatti ad essere sottoposti a validazione. Ciò non esclude che ogni scuola AT abbia anche le sue specifiche peculiarità, e le sottoponga singolarmente a verifica sperimentale. Tuttavia la validazione del modello fondamentale comune è un'impresa che coinvolge necessariamente tutte le scuole: con un esempio ipersemplicato, se le scuole AT non sono d'accordo sui legami tra depressione e concetti AT fondamentali (e.g.: stati dell'io), la validazione di un modello AT della depressione diviene impossibile.

In questo numero vogliamo dare il nostro contributo a questa impresa collettiva, a cui molte scuole AT stanno contribuendo in vari modi.

Il primo articolo è la traduzione in italiano di una review sulla depressione condotta nel 2011 da Mark Widdowson ed apparsa sul TAJ. Vi sono delineati i sottotipi della depressione, alcuni dei principali modelli teorici ed i concetti teorici AT usati da diversi autori per concettualizzare la depressione.

Il secondo articolo è la traduzione in italiano del piano di trattamento AT della depressione operazionalizzato da Widdowson e pubblicato sul numero di novembre 2011 della rivista *The Transactional Analyst*; il modello di Widdowson prevede dodici compiti terapeutici che costituiscono il nucleo

essenziale del trattamento AT della depressione e rappresentano i concetti cardine di alcune Scuole AT: decontaminazione, svalutazione, ridecisione, sistema ricatto e così via. Ad oggi, rappresenta la più organica operazionalizzazione pubblicata del trattamento AT della depressione.

I successivi articoli forniscono una panoramica di come alcuni analisti transazionali italiani concettualizzano e trattano la depressione nella loro pratica clinica quotidiana. Questi contributi italiani sono un primo passo verso la costruzione di un piano di trattamento operazionalizzato che, a partire dal piano di Widdowson, sia fortemente co-costruito e condiviso dalla nostra comunità AT, primo fondamentale passo per il riconoscimento del nostro modello. Ci auguriamo che presto altri autori vogliano coinvolgersi attivamente nel progetto.

Salvatore Ventriglia e Cristina Piccirillo ci presentano un'esauriente sintesi dei principali concetti teorici e accorgimenti metodologici che utilizzano con pazienti depressi adulti.

Cristina Capoferri e Stefano Morena ci introducono nel mondo della depressione in adolescenza, evidenziando le singolarità del trattamento della depressione in questa fase della vita.

Barbara Fabbroni ci presenta un ricco caso clinico ed una articolata riflessione, oltre al suo già noto piano di trattamento.

Infine Désirée Boschetti e Barbara Revello ci mostrano la loro prospettiva teorica e metodologica.

Ne esce una AT vivace e vitale, che si declina in infinite sfumature negli studi degli psicoterapeuti, assumendo di volta in volta il volto più adatto alla "forma dinamica vitale" (come amava chiamare l'anima Daniel Stern, per non urtare certe sensibilità accademiche) che incontra: sia nel paziente, sia nel terapeuta.

La sfida per tutti noi ora è trovare le invarianze, le comunanze, le similitudini, le equivalenze, e convergere verso un modello essenziale, dal quale sentiamo di essere rappresentati.

Buona lettura a tutti.

DEPRESSIONE: UNA REVIEW DELLA LETTERATURA SULLA DIAGNOSI, I SOTTOTIPI, I PATTERN DI GUARIGIONE ED I MODELLI DI PSICOTERAPIA¹

Mark Widdowson²

PhD, TSTA-P, University of Salford, UK

Introduzione

Questo articolo presenta i dati sulla prevalenza e la diagnosi della depressione, oltre ai risultati della ricerca rispetto alla guarigione e alla ricaduta. Offre inoltre una breve rassegna dei modelli per comprendere la depressione da una gamma di prospettive psicoterapeutiche empiricamente supportate per il trattamento della depressione. Sono presentati alcuni nessi tra questi modelli e la teoria analitico transazionale.

I dati presenti nella quarta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (APA, 1994) mostrano che tra il 10% ed il 25% delle donne e tra il 5% ed il 10% degli uomini fanno esperienza di un disturbo depressivo maggiore (DDM) nel corso della loro vita.

L'Ufficio nazionale delle Statistiche del Regno Unito (2000) riporta che il 9,2% della popolazione generale ha vissuto stati misti di ansia e depressione nel corso del 2000, ed il 2,8% della popolazione britannica che vive un episodio depressivo senza sintomi ansiosi. Essi stimano che un adulto su dieci in Gran Bretagna sperimenta la depressione durante il corso della propria vita, ed uno su sei sperimenta problemi mentali in qualche momento della sua vita.

Gli studi epidemiologici negli Stati Uniti suggeriscono che il 9% di tutti gli adulti vive un DDM in un dato anno, ed approssimativamente il 16%

¹ Traduzione a cura di Enrico Benelli dell'articolo: "Depression: Diagnosis, Sub-types, Patterns of Recovery and Psychotherapeutic Models – a Literature Review" di Mark Widdowson apparso nel 2011 sul *Transactional Analysis Journal*, vol. 41, 3, 351-364.

² Mark Widdowson, M.Sc., ECP, FHEA, TSTA-P è l'autore di "Transactional Analysis: 100 Key Points and Techniques" edito da Routledge. e-mail: mark.widdowson1@btinternet.com .

vivrà un DDM durante la propria vita (Kessler et al., 2003). La depressione ha rappresentato nel 2000 il 4,46% del totale mondiale dell'attesa di vita corretta per disabilità (DALYs) e complessivamente la depressione rappresenta il 12% del totale degli anni vissuti con disabilità (YLD).

Si stima che globalmente la depressione sia la quarta causa più comune del carico di malattia nelle donne e la settima causa più comune negli uomini (Moussavi et al., 2007; Ustun et al., 2004).

Sebbene vi siano dati variabili relativi alla prevalenza della depressione a seconda di alcuni fattori demografici come la classe sociale e la razza, alcune ricerche suggeriscono che le persone con uno status socioeconomico più basso hanno più probabilità di essere depresse ed in modo più persistente rispetto alle persone con uno status socioeconomico più elevato (Lorant et al., 2003).

In aggiunta alla sua prevalenza e all'impatto generale sulla salute, il DDM ha un alto tasso di mortalità, con il 15% delle persone con un DDM che commettono suicidio (APA, 1994). Quando consideriamo che la depressione è una condizione così diffusa, le cifre relative al rischio suicidario diventa persino più allarmanti.

Evidenze aneddotiche da conversazioni informali avute con colleghi terapeuti suggeriscono che la depressione è il disturbo singolo più diffuso tra le persone che cercano una terapia. Chiaramente, la depressione è un significativo problema per la salute mentale e data la sua prevalenza è probabilmente il disturbo che tutti gli psicoterapeuti incontrano regolarmente nella loro pratica clinica.

Nonostante la sua prevalenza, la depressione ha avuto una scarsa attenzione nella letteratura AT.

Depressione: Caratteristiche diagnostiche e sintomi.

La depressione non è solo una forma di estrema tristezza, è un disturbo che coinvolge sia il corpo sia la mente, inclusa la cognizione, il comportamento, il sistema immunitario ed il sistema nervoso periferico. A differenza di un cambiamento passeggero dell'umore, la depressione è considerata un disturbo poiché interferisce con il consueto funzionamento scolastico, lavorativo o relazionale. A differenza del normale dispiacere, che arriva ad ondate, è costante ed oppressivo. La depressione si distingue anche dal lutto ordinario in quanto la persona in lutto percepisce il mondo come vuoto o cattivo, mentre la persona con una depressione clinica colloca il

senso di vuoto o di cattività dentro se stesso (PDM Task Force, 2006, p. 109).

La depressione varia in intensità da lieve a estremamente grave, ed i suoi sintomi possono variare da tenui a sostanzialmente disabilitanti.

Tipi di sintomi

I sintomi affettivi includono perdita di piacere ed interesse nella vita o nelle attività che precedentemente davano piacere alla persona (anedonia); senso di mancanza di valore, colpa, inferiorità, inadeguatezza, inaiutabilità, debolezza; un opprimente senso di tristezza, disperazione, perdita della speranza, odio di sé.

I sintomi cognitivi includono difficoltà di concentrazione e memoria, indecisione, razionalizzazione della colpa, una intensa e sostenuta autocritica. Nelle persone con depressione è comune l'ideazione suicidaria di varia intensità.

I sintomi somatici sono frequenti nelle persone con depressione ed includono fatica, letargia, disturbi del sonno (iper- o iposonnia), irrequietudine e agitazione, mal di testa, dolori muscolari, dolori di schiena, perdita di peso o aumento di peso e relativi cambiamenti di appetito, perdita del desiderio sessuale. La preponderanza del numero e della gravità dei sintomi somatici è stata associata con la depressione resistente al trattamento (Treatment Resistant Depression, TRD) (Papakostas et al., 2003).

Il DSM IV contiene informazioni dettagliate riguardo i criteri diagnostici per la depressione e per i disturbi che contemplano un umore disforico. È fortemente raccomandato che tutti i professionisti familiarizzino con questo impianto diagnostico. È inoltre importante notare che l'umore depresso può essere una caratteristica di una serie di condizioni mediche, così come può essere un effetto collaterale di una quantità di farmaci. I terapeuti dovrebbero essere consapevoli che la depressione osservata può essere connessa ad una condizione medica sottostante e non diagnosticata o il risultato di una cura, suggerendo al paziente quando opportuno di rivolgersi ad un medico.

Sottotipi della depressione

Depressione Anaclitica ed Introiettiva

Blatt (1974) e alcuni suoi colleghi hanno identificato due sottotipi della depressione, quella anaclitica e quella depressiva. Le teorie di Blatt erano basate su una gamma di ricerche sulla depressione piuttosto che essere

focalizzate sui sintomi, come accade invece con i sistemi diagnostici più comuni, quali il DSM. Invece, le teorie di Blatt si focalizzano sulle esperienze interne, sulle preoccupazioni, sulle esperienze di vita di una persona con la depressione. Sono teorie fundamentalmente psicodinamiche, ma la sua concezione di depressione anaclitica e introiettiva corrisponde rispettivamente ai sottotipi di Beck (1983) di depressione sociotropica ed autonoma ed a quelli di Bowlby (1977, 1980, 1988) di pattern di attaccamento ambivalente ed ansioso.

La depressione anaclitica è caratterizzata da sensazioni di solitudine, inaiutabilità, debolezza; la persona ha una paura cronica ed intensa di essere abbandonata e rimanere senza protezione e senza cure. Perciò queste persone hanno un disperato bisogno di rimanere in stretto contatto fisico con altri che gratifichino i loro bisogni e fanno esperienza di una profonda bramosia di essere amati, accuditi, nutriti e protetti. Gli altri sono apprezzati primariamente per le cure, il comfort e la soddisfazione che possono fornire poiché c'è stata una scarsa internalizzazione dell'esperienza di gratificazione o delle qualità delle persone che forniscono la gratificazione. Queste persone dipendenti si appoggiano fortemente agli altri per ottenere e mantenere un senso di benessere, perciò hanno una grande difficoltà ad esprimere la rabbia per paura di perdere le gratificazioni di cui hanno bisogno e che gli altri possono fornire. La separazione dagli altri e la perdita sono fonti di considerevole paura ed apprensione e sono spesso affrontate con mezzi primitivi, quali il diniego e la disperata ricerca di un sostituto (Blatt, 1974).

La depressione introiettiva, al contrario, è caratterizzata dall'autocritica e da sentimenti di indegnità, inferiorità, fallimento e colpa. Queste persone innescano continui ed aspri autoesami e valutazioni ed hanno una paura cronica di essere disapprovati e criticati e di perdere l'approvazione e l'accettazione degli altri significativi. Si sforzano di raggiungere risultati eccessivi e la perfezione, sono spesso altamente competitivi e lavorano sodo, chiedono molto a se stessi, spesso realizzano molto ma la soddisfazione dura poco. Possono essere critici ed attaccare gli altri come fanno con se stessi a causa della loro intensa competitività. Attraverso una compensazione eccessiva si sforzano di raggiungere e mantenere l'approvazione e l'accettazione (Blatt, 1974; Blatt & Zuroff, 1992).

Disturbo depressivo di personalità.

Sebbene sia stato rimosso dal DSM III in poi, c'è stato un perdurante interesse clinico tra gli psicoterapeuti, in particolare quelli psicoanalitici,

riguardo l'esistenza del disturbo depressivo di personalità. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) considera tra le categorie diagnostiche della personalità (Asse P) i disturbi depressivi. Le ricerche sulla personalità di Shedler e Westen (2004) sembrano confermare quello che molti psicoterapeuti già sanno: il disturbo di personalità depressivo è "il più comune tipo di struttura di personalità incontrato nella pratica clinica" (PDM Task Force, 2006, p. 44). Il disturbo depressivo di personalità è caratterizzato da un affetto disforico cronico combinato con una tendenza verso sentimenti di colpa e/o vergogna. Le persone con una personalità depressiva fanno tipicamente esperienza di temi depressivi che si intensificano sotto stress e possono essere influenzati positivamente dalla psicoterapia ma non dalla farmacoterapia.

Il PDM attinge abbondantemente alle teorie di Blatt sulla depressione anaclitica ed introiettiva e afferma che

"le persone depressive introietive guardano dentro di sé per trovare le spiegazioni delle loro esperienze dolorose. [...] Quando sono maltrattati, rifiutati o abbandonati, tendono ad attribuirsi la colpa [e] ad attribuire la loro sofferenza alla loro stessa cattiveria, cioè a qualcosa che loro possono provare a cambiare. Perciò, le persone con una inclinazione alla depressione introiettiva si sforzano molto per essere buoni, ma raramente si sentono soddisfatti [...] Le persone con depressione anaclitica sono note per l'angoscia e la disorganizzazione cui vanno incontro quando fanno esperienza delle perdite e delle separazioni. La loro psicologia è organizzata intorno ai temi delle relazioni, dell'affetto, della fiducia, dell'intimità, del calore, e temi simili. Si sentono vuoti, incompleti, soli, inaiutabili e deboli piuttosto che mostrare il perfezionismo morale e l'eccesso di autocritica della versione introiettiva. Spesso lamentano una disperazione esistenziale, la sensazione che la vita sia vuota e priva di significato. Le persone con disturbi depressivi di personalità tendono ad apparire al terapeuta come gradevoli, persino ammirevoli. Sono di solito persone carine. È essenziale quando si curano persone con depressione introiettiva favorire l'espressione dei loro affetti negativi, specialmente la loro ostilità e le critiche, poiché tendono ad idealizzare il terapeuta, cercano di essere buoni pazienti e interpretano l'accettazione non critica del terapeuta come una prova che il terapeuta non ha ancora notato quanto essi siano in realtà cattivi. È anche importante che essi diventino consapevoli di quanto insistono nel credere che la loro cattiveria sia la causa di tutte le difficoltà e perdite che incontrano." (PDM Task Force, 2006, pp 45-6).

Il PDM identifica la tensione principale delle persone con personalità depressiva nell'essere eccessivamente focalizzati sulla bontà/cattiveria o sulla solitudine/relazionalità del sé. Gli affetti centrali sono elencati come tristezza, colpa e vergogna e la loro caratteristica credenza patogena rispetto a sé è che "c'è qualcosa di essenzialmente sbagliato o incompleto in me",

mentre la loro credenza patogena caratteristica verso gli altri è che "le persone che veramente arrivano a conoscermi mi rifiuteranno" (PDM Task Force, p. 46).

Il PDM elenca le tensioni centrali, gli affetti e le credenze patogene rispetto sé e gli altri per tutti di disturbi di personalità che identifica. Dal punto di vista dell'Analisi Transazionale, si può osservare che queste tensioni, affetti e credenze patogene rappresentano un nucleo che può essere facilmente mappato all'interno del sistema ricatto (Erskine & Zalcman, 1979) e che i temi, le dinamiche, le preoccupazioni ed i pattern relazionali ad esse associati possono essere compresi come un copione di vita particolarmente tossico, inflessibile e persistente che si manifesta a livello interpersonale in potenti giochi.

Depressione: decorso, ricaduta e guarigione

Decorso naturale della depressione

È difficile fare una accurata definizione circa il corso naturale della depressione perché è possibile che molte persone che la manifestano, a causa di fattori quale l'imbarazzo e la sottostima, non siano incluse negli studi di prevalenza. Il corso della depressione e gli indicatori prognostici variano considerevolmente a seconda del tipo e del numero degli episodi precedenti.

I sintomi del DDM si sviluppano di solito lungo un periodo che va da diversi giorni a diverse settimane, sebbene indicatori precoci di un imminente episodio depressivo (sintomi prodromici) possano manifestarsi diversi mesi prima della comparsa di un episodio depressivo che satura i criteri del DSM. La durata di un episodio depressivo maggiore (EDM) è variabile, sebbene in molti casi sia tra 6 mesi e 2 anni. Tra il 5 ed il 10% delle persone depresse continuano a soddisfare i criteri per un DDM per 2 o più anni. Nonostante non soddisfino i criteri diagnostici per un DDM, è probabile che molte persone continuino a fare esperienza di sintomi depressivi per un periodo prolungato di tempo (APA, 1994). Il 40% delle persone continuano a soddisfare i criteri diagnostici un anno dopo la diagnosi di DDM, il 20% continua ad avere sintomi senza soddisfare pienamente i criteri diagnostici (remissione parziale) ed un altro 40% non manifesta più disturbi dell'umore. La gravità iniziale dell'episodio depressivo sembra essere predittiva della sua persistenza, pertanto gli episodi più gravi durano più a lungo.

I criteri del DSM per la guarigione da un DDM sono che l'individuo non deve soddisfare i criteri diagnostici (i.e.: umore depresso o perdita di interesse o piacere più almeno quattro sintomi addizionali) per un periodo consecutivo di due mesi. Durante questo periodo, la persona può ancora avere alcuni sintomi depressivi, nel qual caso è considerata essere in remissione parziale.

Tasso di ricaduta

Uno studio di Piccinelli e Wilkinson (1994) sostiene che il 75% delle persone con un DDM presenta almeno un altro episodio entro 10 anni. Il 10% dei pazienti inclusi nel loro studio hanno avuto una depressione cronica e persistente per 10 anni. Il DSM-IV afferma che approssimativamente il 50-60% delle persone che presentano un singolo EDM andranno incontro ad un secondo episodio. Le persone che hanno avuto due episodi hanno il 70% di possibilità di averne un terzo e le persone che hanno avuto tre episodi hanno il 90% di probabilità di averne un quarto. Chiaramente, il numero di episodi è predittivo della possibilità di avere episodi ricorrenti di depressione maggiore.

C'è una maggior probabilità che un individuo abbia un altro episodio di depressione quando c'è solo una remissione parziale (i.e: alcuni sintomi rimangono). I problemi psicosociali (e.g. problemi relazionali, lutti) sono spesso associati con il primo o il secondo episodio, sono meno spesso associati con gli episodi seguenti.

Le persone che soffrono di distimia hanno una elevata probabilità di sviluppare anche un EDM, ed il 79% delle persone con distimia sviluppano anche un DDM nel corso della loro vita. Le persone che hanno avuto un DDM e che hanno un sottostante disturbo distimico hanno anche un tasso più elevato di ricadere in un MDD ed il 62% presenta un EDM entro due anni (Keller, Lavori, Endicott, Coryell & Klerman, 1983).

Pattern di guarigione sintomatica e ricaduta in psicoterapia

Barkham e collaboratori (1996) hanno analizzato i pattern di guarigione sintomatica in psicoterapie cognitive-comportamentali o interpersonali condotte su un campione di 212 pazienti depressi. Essi hanno trovato che la percentuale di pazienti che soddisfano i criteri per un cambiamento clinicamente significativo (misurato attraverso il cambiamento da un punteggio disturbo/sintomatico ad un punteggio non-disturbo/asintomatico per ciascuno dei 21 item del Beck Depression Inventory; Beck, Steer & Brown, 1996; Beck, Ward, Mendelssohn & Erbaugh, 1961) variano dal 34% all'89% entro 16 sedute di psicoterapia.

Nelle misure dei 14 sintomi (inclusi colpa, pianto e pessimismo) che mostrano il più rapido e ampio cambiamento, tra il 50% e l'89% dei pazienti hanno raggiunto il punteggio non-disturbo/asintomatico in tutti gli item dopo 16 sedute di psicoterapia.

Kopta, Howard, Lowry e Beutler (1994) hanno esaminato i pattern di guarigione sintomatica in un campione di 854 pazienti ambulatoriali in psicoterapie in corso, non a tempo limitato, misurate usando la Syntom Checklist-90 (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Lo studio ha identificato tre categorie di sintomi: acuti, cronici e caratteriali. Come ci si può attendere, i sintomi acuti mostrarono il più rapido tasso di risposta al trattamento, seguiti dai sintomi cronici ed infine dai sintomi caratteriali. La Dose Efficace media (ED50, ovvero il numero di sedute necessarie affinché il 50% del campione raggiungesse un cambiamento clinicamente significativo) per i sintomi acuti era di 5 sedute. L'ED50 per i sintomi cronici era di 14 sedute, mentre l'ED50 per i sintomi caratteriali era oltre 104 sedute. All'interno della categoria dei sintomi acuti, che considera 20 sintomi, la dimensione sintomatica che mostrava il maggior numero di cambiamenti ED50 era la depressione (5 sintomi), seguita dalla somatizzazione (4 sintomi) e dai sintomi ossessivi compulsivi (4 sintomi). All'interno della categoria dei sintomi cronici, che considera 27 sintomi, la depressione era ancora la dimensione sintomatica che mostrava il maggior numero di cambiamenti ED 50 (7 sintomi) seguito dalla sensibilità interpersonale (5 sintomi).

Da questi due studi, si può concludere che il 50% dei pazienti ottiene un sollievo sintomatico clinicamente significativo in un numero di sintomi depressivi che varia da 12 a 21 entro 16 sedute di psicoterapia; un risultato incoraggiante per coloro che praticano la psicoterapia a più breve termine. Ciò nonostante, resta ancora un 50% dei pazienti che richiede un maggior numero di sedute per ottenere un sollievo sintomatologico, e i sintomi caratteriologici (che da un punto di vista dell'Analisi Transazionale richiedono un cambiamento del copione) possono richiedere terapie che durano almeno due anni.

Tra il 78% e l'88% dei pazienti che prendono parte al Programma di Ricerca Collaborativa sul Trattamento della Depressione dell'Istituto Nazionale della Salute Mentale americano (NIMH) e che hanno ricevuto una terapia manualizzata a breve termine hanno mostrato sia ricadute, sia richieste di ulteriori trattamenti al follow-up a 18 mesi (Morrison, Bradley & Westen 2003; Shea, Widiger, & Klein, 1992). Westen e Morrison (2001)

hanno anche individuato che ad un follow-up a due anni dopo una terapia manualizzata a breve termine, solo il 27% dei pazienti con depressione avevano mantenuto il loro miglioramento. Una possibile spiegazione per questo scarso livello di mantenimento dei miglioramenti è che le terapie manualizzate usate nella ricerca tendono a focalizzarsi su un'area limitata di ciò che il paziente riferisce, non considerano necessariamente gli altri problemi che il paziente presenta (comorbidità), non considerano i problemi caratteriali e non forniscono una terapia sufficientemente lunga per porre rimedio a tali problemi (Morrison et al., 2003). Dal punto di vista dell'Analisi Transazionale, è possibile affermare che i sottostanti ed irrisolti problemi copionali possono condurre a ricadute o al ritorno dei sintomi.

Comorbidità, recupero, e naturale lunghezza della terapia

Morrison e colleghi (2003) hanno condotto uno studio su un campione di 242 terapie negli Stati Uniti riguardanti casi nei quali sia il paziente sia il terapeuta erano soddisfatti dei risultati. Nel loro articolo, riferiscono che è ampiamente riconosciuto tra i terapeuti che una quota significativa di pazienti presenta comorbidità in più di un disturbo in Asse I e che una significativa quota di pazienti presenta in comorbidità anche uno o più disturbi in Asse II. Inoltre è anche ampiamente riconosciuto che la presenza di comorbidità complica la psicoterapia e richiede un prolungamento della naturale durata del trattamento per ottenere un cambiamento clinicamente significativo (i.e.: un cambiamento in cui il cliente è considerato guarito dal disturbo). È importante notare che nel loro studio Morrison e collaboratori (2003) hanno identificato che il 47,9% dei pazienti del loro campione che presentavano una depressione avevano una comorbidità con un altro disturbo in Asse I, e che il 46,3% aveva una comorbidità con un disturbo in Asse II. La comorbidità con problemi caratteriali coinvolgeva il 76,9% dei pazienti, un risultato che molti terapeuti possono senza dubbio riconoscere basandosi sulla loro esperienza clinica. Nel loro studio, Morrison e collaboratori (2003) hanno identificato che la mediana delle sedute per i pazienti con depressione era 75, con i primi cambiamenti clinici che potevano essere notati dalla ventesima seduta ed un cambiamento relativamente permanente indicativo di una ristrutturazione interna significativa osservabile dalla cinquantesima seduta. La presenza di comorbidità allungava sensibilmente la durata del trattamento, di solito raddoppiandolo. Nonostante queste evidenze, che indicano che i trattamenti a lungo termine sono la norma nella clinica, è importante notare che senza la presenza di comorbidità la mediana del numero di sedute per i pazienti che si sottopongono ad una terapia

cognitivo comportamentale per la depressione è di 16 sedute, e la mediana in cui si osserva una risposta clinicamente significativa collocata a 8 sedute.

Modelli della Depressione

Modello biologico

Nonostante la psichiatria biologica abbia proposto una quantità di teorie per spiegare la depressione, al momento nessuna ha fornito una risposta completa sul perché alcune persone diventano depresse. È chiaro che una quantità di cambiamenti biochimici sono presenti nelle persone depresse, sebbene né la causa né il meccanismo siano pienamente compresi. È probabile che ci siano molti sottili e ancora non identificabili cambiamenti biologici che avvengono nelle persone depresse. Inoltre, le ricerche per identificare una predisposizione genetica per questi cambiamenti fino ad ora non hanno trovato un qualunque marcatore genetico che possa essere usato per identificare le persone che possono essere esposte allo sviluppo della depressione. Mentre è chiaro che certi cambiamenti sono presenti in coloro che sono depressi, è probabile che il pattern dei cambiamenti avvenga in una complessa matrice interattiva di catene biologiche di causa-effetto.

Rispetto alla depressione, una teoria sostiene che sia causata da uno sbilanciamento tra certi neurotrasmettitori, in particolare la serotonina, la norepinefrina (noradrenalina) e la dopamina. Una discussione esaustiva del ruolo, effetti ed interazioni tra questi neurotrasmettitori è oltre lo scopo di questo articolo, ma si ritiene che la serotonina giochi un ruolo nelle sensazioni di benessere, la norepinefrina sia associata con la risposta di fuga o attacco, l'attenzione e la focalizzazione, la dopamina sia associata con le sensazioni di piacere e ricompensa. La maggior parte degli antidepressivi agiscono sui sistemi di rilascio, assimilazione o carenza di in uno o più di questi neurotrasmettitori, aumentando il loro livello o la loro attività nel cervello per creare l'effetto antidepressivo (Barros, Calil, Guimarães, Soares & Andreatini, 2002).

Inoltre, nella depressione sono stati identificati una quantità di cambiamenti ormonali neuroendocrini che hanno un impatto sul cervello. Numerosi studi hanno dimostrato l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) nelle persone con la depressione (Pariante & Miller, 2001). L'asse HPA ha un ruolo centrale nella risposta fisica allo stress e nella regolazione di una gamma di processi fisiologici. Un effetto dell'iperattività dell'asse HPA nella depressione è l'aumento del livello di cortisolo. Il

cortisolo ha una gamma di effetti fisiologici; un aumento cronico può impattare negativamente sul metabolismo (portando ad un cambiamento nell'appetito e nel peso), sul sistema immunitario (causando immunosoppressione che conduce ad una aumentata sensibilità alle infezioni e un aumento delle infiammazioni; Leonard, 2001), e attraverso il suo effetto sull'ippocampo può condurre a disfunzioni dell'apprendimento e della memoria. Questa iperattività dell'asse HPA ed il concomitante aumento del livello di cortisolo può spiegare l'aumento della prevalenza o il peggioramento di certe malattie nelle persone depresse.

Modello psicoanalitico

La comprensione psicoanalitica della depressione origina dall'articolo di Freud "Lutto e Malinconia" (1917), nel quale esamina le similitudini e le differenze tra il lutto e gli stati depressivi, osservando che la differenza significativa tra i due stati è che nella normale reazione di lutto il mondo esterno è percepito come impoverito in qualche modo significativo (e.g. la persona ha perso una persona importante), mentre nelle condizioni depressive ciò che è percepito come perso o danneggiato è una parte di sé (McWilliams, 1994). Molti autori psicoanalitici hanno esplorato le esperienze di un precoce senso di perdita e o esperienze ripetute di perdite durante l'infanzia (Jacobson, 1971). Il senso di perdita non è necessariamente causato da una morte o da una perdita, e di solito non lo è; è più probabile una perdita di qualche aspetto della relazione con chi si prende cura del bambino o la perdita di un senso di amore o accudimento. Ad esempio, può implicare la perdita dell'attenzione della figura principale di accudimento quando un fratello nasce o quando un genitore sta lottando per gestire una relazione o un matrimonio difficili. La perdita può anche essere connessa con uno svezzamento prematuro o separazioni forzate.

La teoria psicoanalitica dell'aggressività e la teoria dei meccanismi di difesa forniscono altre intuizioni sull'esperienza interna di una persona depressa. In persone con tendenze depressive la rabbia è rivolta contro il sé invece che essere espressa e si manifesta sotto forma di intense autocritiche e senso di colpa (Klein, 1975).

Anche l'introiezione è vista come un meccanismo di difesa primario tra le persone con depressione (McWilliams, 1994). La persona introietta le critiche e ci si identifica, e successivamente le ripete internamente sotto forma di autocritiche. L'internalizzazione delle autocritiche può essere un modo di mantenere un senso di attaccamento a chi originariamente aveva espresso le critiche, in genere chi si prendeva cura del bambino. L'altro

introiettato può non essere stato necessariamente critico od ostile in modo esplicito, ma può aver lasciato un senso pervasivo di disapprovazione su alcuni aspetti, o di mancanza di accudimento, o un senso di perdita associato, ad esempio la sensazione di mancanza dell'amore di quella persona. Il bambino conclude che la perdita di amore, ossia una esperienza emotiva di abbandono, è dovuta ad una sua colpa e che in qualche modo ha causato l'allontanamento della persona di cui sente la perdita (Mc Williams, 1994). L'autocritica origina da questo e la rabbia che viene provata è rivolta verso sé invece che verso la fonte originale. A ciò segue successivamente un intenso bisogno di essere buono al fine di prevenire ulteriori esperienze di abbandono. Secondo McWilliams, il fatto che le persone depresse si sono sentite rifiutate diviene la convinzione inconscia che essi meritano il rifiuto, che un loro difetto lo provoca e che futuri rifiuti saranno inevitabili, non appena le persone li conosceranno intimamente. Essi si sforzano di essere buoni, ma hanno paura di essere scoperti come vergognosamente difettosi e messi da parte come privi di valore (Mc Williams, 1994).

Associata a questo si osserva la conclusione solitamente implicita che il bambino trae rispetto ai suoi normali ma non graditi desideri o impulsi come ad esempio la competizione, la rabbia, l'avidità: essi sono cattivi e pertanto anche egli è cattivo poiché ha tali terribili pensieri.

Nella teoria psicoanalitica i meccanismi di difesa sono principalmente strumenti per gestire l'ansia. Rivolgere la rabbia verso di sé riduce l'ansia dando un significato al senso di abbandono e dando al bambino un modo di prevenire ulteriori abbandoni. Ciò di conseguenza aiuta il bambino a mantenere un senso di controllo sulla sua situazione emozionale e a gestire le sue emozioni di impotenza. Il bambino conclude, inconsciamente, che la colpa è meglio della disperazione.

È possibile che interruzioni del normale processo di separazione-individuazione (Mahler, Pine & Bergman, 1975) possano generare dinamiche depressive quando la sofferenza della madre rispetto alla crescita del figlio è così grande che tende o ad aggrapparsi e ad indurre colpa (sarò così sola senza di te) o ad allontanare controfobicamente il figlio (perché non puoi giocare da solo?) (McWilliams, 1994). In entrambe queste situazioni, sia il proprio normale desiderio di indipendenza sia quello di vicinanza sono puniti e perciò sono esperiti come cattivi, così come il sé è percepito cattivo per averli avuti.

Le dinamiche familiari di una persona con tendenze depressive possono implicare diniego del dispiacere o di altre emozioni dolorose. In alcuni casi,

la persona depressa si prende emotivamente cura della famiglia e si carica della sofferenza di chiunque.

Le esperienze di essere stati puniti per avere espresso emozioni di sofferenza sono comuni in queste famiglie in cui la persona depressa ha fatto esperienza di essere stato deriso o punito per avere pianto o espresso emozioni simili. Mc Williams (1994) descrive come molti dei suoi pazienti depressi fossero spesso le persone emotivamente più astute nella loro famiglia di origine. La loro reattività a situazioni con implicazioni emotive che gli altri familiari erano più bravi a negare li esponevano ad essere etichettati come ipersensibili o iperreattivi, etichette che continuano a portarsi dentro e che sono connesse con il loro generale senso di inferiorità.

Si osserva che nella teoria psicoanalitica la depressione è considerata scaturire dalla perdita e dalla vanificazione del naturale processo che normalmente porterebbe alla risoluzione del senso di lutto. L'espressione della rabbia (e delle emozioni dolorose) inoltre è repressa e di conseguenza la persona fa esperienza di sé come intrinsecamente cattiva.

Dal punto di vista dell'analisi transazionale, il senso di essere cattivo ed inferiore agli altri è equivalente ad una posizione di vita Io non sono Ok, tu sei Ok (Berne, 1972; Ernst, 1971). Il senso di essere cattivo, senza valore e inferiore forma una importante decisione di copione e lo stato dell'io Bambino diviene "confuso" o fissato dalla repressione e dal blocco dell'espressione della rabbia e del dolore. Queste emozioni sono alla base delle emozioni parassitarie depressive (Erskine & Zalcman, 1979) e dovranno essere espresse attraverso la deconfusione durante la terapia.

Modello interpersonale

A differenza della maggior parte dei modelli di psicoterapia che sono germogliati dalla osservazione clinica, la psicoterapia interpersonale (IPT) è stata sviluppata originariamente come un trattamento manualizzato da usare in uno studio che comparava la psicoterapia con i farmaci. L'IPT si è dimostrata un trattamento efficace e nel corso del tempo la sua teoria ed i suoi metodi si sono espansi ed hanno ripetutamente dimostrato di essere efficaci nel trattamento della depressione. L'IPT è una terapia strutturata, a tempo limitato, di stampo psicodinamico, basata sulle teorie di autori psicodinamici come Bowlby e Sullivan. Tuttavia, a differenza della terapia psicodinamica, la relazione transferale tra il terapeuta e il paziente non diventa uno dei fuochi primari del trattamento. L'enfasi nella IPT è posta sul funzionamento attuale del paziente, in particolare quello interpersonale (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000). L'IPT è basata sulla premessa

che la sofferenza interpersonale è strettamente collegata ai sintomi psicologici. Perciò i foci del trattamento sono duplici. Il primo focus è il conflitto e le transizioni che avvengono nelle relazioni in cui il paziente è coinvolto. L'obiettivo è aiutare il paziente a migliorare la comunicazione all'interno di quelle relazioni, o a cambiare le proprie aspettative rispetto a quelle relazioni. Il secondo focus è aiutare il paziente a costruire o ad utilizzare meglio la propria rete di supporto sociale estesa, al fine di meglio attivare e ricevere il supporto interpersonale necessario a fronteggiare le crisi che scatenano il disturbo (Stuart & Robertson, 2003, p. 4).

La IPT identifica quattro aree problematiche principali che contribuiscono a causare e mantenere la depressione:

1. Tensioni interpersonali: si riferisce ai conflitti interpersonali di cui il paziente fa esperienza. Possono essere acute o croniche e possono essere connesse ad aspettative irrealistiche o disattese o a difficoltà nella comunicazione;
2. Transizione di ruolo: qualsiasi cambiamento nel ruolo sociale di un individuo o nella fase della sua vita è visto come una fonte di stress che richiede un aggiustamento o una rinegoziazione del supporto sociale.
3. Lutti e perdite: si riferisce sia ai temi luttuosi sia ad un più generalizzato senso di perdita come quello che potrebbe accompagnare una malattia o la fine di una relazione.
4. Sensibilità interpersonale: un pattern dell'individuo di entrare in relazione con gli altri può essere in qualche misura problematico e può sia produrre sia mantenere problemi interpersonali (Klerman, Weissman, Rousaville & Chevron, 1984; Stuart & Robertson, 2003).

Nella IPT i problemi psicologici sono sempre considerati interpersonali nella loro natura e "sono simili in quanto derivano tutti dalla combinazione di un evento stressante acuto combinato con un sistema di supporto sociale che non sostiene sufficientemente il paziente" (Stuart & Robertson, 2003, p. 41). Lo scopo della IPT è quella di indirizzarsi alle aree del problema che appaiono essere la fonte primaria delle difficoltà presenti del paziente e di sostenere il paziente a sviluppare un livello sufficiente di supporto sociale.

L'AT condivide molte caratteristiche della IPT, particolarmente l'enfasi nel promuovere relazioni soddisfacenti come componente chiave della salute psicologica. L'esame delle aspettative disfunzionali rispetto a sé e agli altri nelle relazioni, insieme alla sensibilità interpersonale in AT avviene attraverso i processi di decontaminazione e la confrontazione dei ratchet e delle credenze di copione relative a sé e agli altri. I terapeuti AT

concettualizzano i problemi nelle relazioni come legati ai giochi. L'analisi e il cambiamento dei pattern delle transazioni e dei riconoscimenti che avvengono nella terapia AT mirano nel complesso a migliorare le relazioni interpersonali.

Modello della depressione Anaclitica ed Introiettiva di Blatt.

Gli individui con tendenze anaclitiche sono più inclini a sperimentare la depressione in seguito a qualche tipo di rottura relazionale che coinvolge problemi nelle relazioni. Essi tendono a fare esperienza di se stessi come deboli e inaiutabili e hanno un intenso desiderio di essere accuditi, protetti ed amati. Spesso sono anche preoccupati da passate, presenti e anticipazioni di future rotture nelle relazioni e da tematiche di abbandono, rifiuto e solitudine.

Le persone con tendenze introiettive più frequentemente sperimentano la depressione come risultato di eventi che attivano il loro senso di autocritica, autobiasimo e sentimenti di fallimento, sebbene la depressione possa anche fare seguito a problemi interpersonali, specialmente quelli associati all'esperienza di colpa o critica. La depressione introiettiva tende a essere "caratterizzata da intensi affetti di inferiorità, colpa e mancanza di valore e da un senso di sforzo atto a compensare il fatto di avere fallito nel vivere al livello delle aspettative e degli standards" (Blatt & Zuroff, 1992, p. 552). Queste persone spesso hanno difficoltà nel risolvere i conflitti, possono essere socialmente isolate, sono intensamente focalizzate sul lavoro e sui risultati e possono considerare se stesse come un fallimento personale e sociale.

A livello interpersonale, le persone con una disposizione anaclitica tendono a compiacere gli altri e ad evitare i conflitti al fine di prevenire esperienze di abbandono e rifiuto, che sono temute, mentre le persone con una disposizione introiettiva sono più caratterizzate dall'autonomia e dal guadagno del rispetto altrui e temono la disapprovazione ed il senso di perdere il controllo. Sono più distanti a livello interpersonale ed hanno un minor livello di coinvolgimento emotivo, in parte perché il senso del loro valore deriva dal senso di quanto si è raggiunto, dall'autonomia, dall'autocontrollo, dall'autodefinizione, tutte cose che considerano come tratti apprezzabili dagli altri (Blatt & Zuroff, 1992).

"I dati delle descrizioni retrospettive delle cure ricevute indicano che la mancanza di cure parentali consistenti, accudimento o supporto, così come l'esercizio di un'eccessiva autorità, controllo, criticismo e disapprovazione genitoriale, sono associati con la depressione. Questi comportamenti sconvenienti

dei genitori creano rappresentazioni ostacolanti e distorte dei modelli operativi interni relativi alle relazioni di cura. Questo porta la persona sia a ricercare continuamente rassicurazioni e supporto, sia ad avere difficoltà nel separarsi, sia ad anticipare continuamente rifiuti e/o critiche, censurando ed evitando il coinvolgimento interpersonale" (Blatt & Zuroff, 1992, pp. 542-543).

Modello Cognitivo-Comportamentale (CBT)

La prospettiva cognitivo comportamentale sulla depressione è stata ampiamente sviluppata da Aaron Beck e dai suoi colleghi nel libro del 1979 *Terapia cognitiva della depressione* (Beck, Rusk, Emery, & Shaw, 1979). La terapia CBT esamina le componenti dei problemi psicologici esplorando quattro domini: cognizione, emozione, comportamento e aspetti fisici. La cognizione consiste di memorie, immagini e credenze, così come flussi di pensieri automatici disfunzionali. Questi pensieri producono emozioni (come colpa, vergogna e tristezza) che a loro volta impattano sulla nostra biologia (come riduzione di energia, scarsa concentrazione e insonnia) ed influenzano il nostro comportamento (come un aumento dell'evitamento o dell'uso di alcol) (Mulhern, 2010, p. 59).

Questi domini sono mutualmente interattivi ed un cambiamento in un dominio in genere ha un impatto sugli altri. "È perfettamente coerente con il modello cognitivo raccomandare al paziente di impegnarsi in esercizi (comportamento) come modo di ridurre una tensione (fisiologia) che poi dà sollievo all'umore depresso (emozione) che può infine condurre ad una valutazione meno catastrofica (cognizione) di un problema quotidiano attuale" (Scott, Stradling, & Dryden, 1995, pp. x-xi). La teoria della depressione di Beck include il proprio metodo di formulazione, che permette di generare una immagine individualizzata dei problemi del paziente. La formulazione coinvolge l'esame dei fattori predisponenti (la suscettibilità individuale alla depressione), dei fattori precipitanti (eventi che scatenano l'episodio depressivo) e dei fattori di mantenimento (cosa mantiene la depressione) (Beck et al., 1979).

I fattori predisponenti per la depressione includono una tendenza a percepire le cose negativamente o in modo pessimistico. La ricerca di Alloy e collaboratori (2006), che ha esaminato lo stile cognitivo individuale (una tendenza a interpretare gli eventi negativamente e una attitudine disfunzionale) ha trovato prospettivamente che è possibile predire quali persone svilupperanno più probabilmente la depressione. Questo risultato supporta la teoria relativa all'importanza del ruolo che ha nello sviluppo della depressione la tendenza di un individuo a percepire ed interpretare gli

eventi. Sarebbe collegato a questo lo schema dell'individuo (Beck, 1995), che è un insieme inflessibile e persistente di credenze centrali relative a se, agli altri e al mondo. La CBT vede gli schemi come originati nella fanciullezza, e uno schema distorto predisporrà l'individuo alla depressione. Da un punto di vista AT, il concetto di schema trova il suo equivalente in una combinazione del sistema ricatto (Erskine & Zalcman, 1979) e del sistema di riferimento (Shiff, Shiff, & Shiff, 1975). Lo schema, se negativamente distorto, influenzerà il modo in cui una persona percepisce ed interpreta il mondo e le azioni degli altri, così come la sua valutazione del proprio sé in modi che creano una predisposizione alla depressione.

I fattori precipitanti della depressione tendono ad essere la perdita o lo stress. Tuttavia, non è l'evento in sé che è considerato la causa, bensì il modo in cui la persona percepisce ed attribuisce significato all'evento. Per esempio, un individuo con un schema in cui il nucleo di credenze è di non essere amabile può interpretare la disgregazione di una relazione come una prova che davvero non è amabile. Qualcuno con uno schema centrato su credenze del tipo "io faccio sempre pasticci" può ben pensare in caso di licenziamento di essere un fallimento, che avrebbe dovuto sapere come si sarebbero evolute le cose, che è stato stupido a non anticipare gli eventi, piuttosto che vedere il licenziamento come un prodotto della crisi economica e considerarlo il frutto di una crisi a larga scala nel mercato del lavoro che ha coinvolto anche la propria impresa (Mulhern, 2010).

Una volta che i fattori predisponenti hanno interagito negativamente con i fattori precipitanti e hanno prodotto la depressione, una gamma di fattori perpetuanti la mantengono. La depressione conduce ad una tendenza a vedere le cose negativamente, in modo pessimistico ed autocritico (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978) e a focalizzarsi eccessivamente sugli aspetti negativi di una situazione o ricordando selettivamente solo le memorie negative e spiacevoli. Questo influenza di conseguenza il modo in cui le persone depresse interagiscono con il mondo e mantengono un senso di perdita di speranza rispetto al futuro (Greenberg & Padedsky, 1995). Perciò, la depressione diviene autopertpetuante. Ad esempio, le persone depresse spesso iniziano ad evitare le attività a causa dei loro processi negativi di pensiero. In risposta ad un invito ad un evento sociale, una persona con depressione può pensare che non gli interessa andare, che tanto non si divertirebbe, che non ne vale la pena. Conseguentemente, la persona non si coinvolge in un'attività piacevole e lo stato di depressione si mantiene. Questo a sua volta potrebbe portare la persona a sentirsi colpevole

di non essere andata all'evento, il che può scatenare una gamma di pensieri autocritici e rinforzare la depressione.

Come descritto prima, la teoria AT ha numerosi concetti che sono equivalenti a quelli usati nella CBT. Ad esempio, il sistema ricatto ed il sistema di riferimento corrispondono al concetto di schema, così come pure il concetto AT di copione di vita e anche quello delle credenze di copione (Berne, 1972). I concetti di contaminazione (Berne, 1961) e di svalutazione (Mellor & Shiff, 1975) corrispondono ai concetti CBT relativi allo stile di attribuzione e ai fattori precipitanti e perpetuanti della depressione.

Modello Analitico Transazionale della depressione

La terapia AT ha numerosi modi equivalenti di concettualizzare i concetti derivati dagli approcci terapeutici sopra descritti. Poiché quegli approcci hanno dimostrato di avere un supporto empirico della loro efficacia nel trattamento della depressione, è logico ipotizzare che l'AT abbia una considerevole validità nel comprendere la depressione e che la terapia AT sia in grado di produrre effetti comparabili nel trattamento della depressione.

La teoria delle posizioni di vita sviluppata da Berne (1972) e Ernst (1971) per gli analisti transazionali è spesso il punto di partenza per comprendere la depressione. Berne si basò sulla teoria della posizione depressiva della Klein (1975) nello sviluppare la propria teoria delle posizioni di vita e collegò la posizione depressiva con la posizione di vita "io non sono ok, tu sei ok". La persona depressa ha un senso pervasivo di non essere ok e di essere inferiore agli altri, che sono invece considerati ok. Un forte senso di non essere ok porta le persone a concludere che esse sono in qualche modo cattive.

Steiner (1974) ha proposto la teoria che la depressione fosse collegata ad una deprivazione di carezze. Nella sua prospettiva, le persone con la depressione hanno una potente serie di regole relative all'economia delle carezze che limitano la ricerca ed il fare esperienza di carezze positive e vitali. Le persone depresse vivono in un mondo interpersonale in cui le carezze positive non sono disponibili a causa di relazioni limitate o insoddisfacenti, e/o sono svalutate dalla persona, mantenendo la propria bassa autostima e senso di inutilità. I pattern di carezze negative sono internalizzati nello stato dell'Io Genitore (Steiner lo identifica come parte dello stato dell'Io G1, o Genitore Porco per usare la sua terminologia). Questo determina che le carezze negative sono ripetute internamente attraverso il dialogo interno tra gli stati dell'Io sotto forma di autocritiche,

che rinforzano il senso di essere intrinsecamente cattivo. In aggiunta alla prevalenza di carezze negative e critiche c'è una assenza di carezze positive e nutrienti, che porta ad un sottosviluppo del Genitore Nutriente interno. Steiner (1974) vide questo pattern delle carezze internalizzato come un copione senza amore, con un sentimento centrale di essere non amato o non amabile. La sua teoria dei pattern delle carezze nella depressione ha ricevuto un parziale supporto nella ricerca di Fetsch e Sprinkle (1982) che hanno usato un intervento di gruppo a breve termine basato sulla teoria delle carezze con un gruppo di giovani uomini depressi ed hanno trovato che i partecipanti sperimentavano un miglioramento dei sintomi depressivi nel Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996; Beck et al., 1961). In un'altra ricerca, Horowitz (1982) ha trovato che quando "aumenta la frequenza della ricezione delle carezze positive, i sintomi autoriferiti del disturbo diminuiscono" (p. 219) e che una scarsa accettazione di carezze positive era correlata con livelli più alti di depressione, comportamenti ossessivo-compulsivi, ansia, disturbi del pensiero e alienazione interpersonale.

Goulding e Goulding (1979) suggerivano che la depressione è collegata all'ingiunzione Non Esistere e alla presenza di una decisione di copione suicidaria. Essi attribuiscono alla persona depressa una impasse di secondo tipo inerente l'ingiunzione Non Esistere e spesso anche una ingiunzione di terzo tipo relativa a temi di indegnità. Essi inoltre sostengono la visione di Steiner secondo la quale le persone depresse hanno anche una carenza del Genitore Affettivo. All'interno della teoria AT, la depressione può essere vista come una strategia di coping ripetitiva e maladattiva. "Noi riteniamo che le persone depresse spesso in passato hanno reagito allo stress attraverso la depressione, la tristezza, la perdita di autostima, sentimenti di essere sopraffatte e incapaci di fronteggiare la situazione" (Goulding & Goulding, 1979, p. 182). La visione che la depressione sia una strategia di coping ripetitiva e maladattiva riecheggia anche nella teoria del sistema ricatto (Erskine & Zalcman, 1979). Il sistema ricatto è usato da molti terapeuti analisti transazionali per compilare una diagnosi delle dinamiche interne di un individuo depresso. Le credenze ricatto relative al sé che vive una persona depressa possono includere: "io sono intrinsecamente cattivo, privo di valore, non amabile, inadeguato, inferiore"; "se le cose vanno male è colpa mia. Io non comincerò a fare le cose perché farei solo un pasticcio, sono un fallimento". Credenze ricatto relative agli altri possono includere: "gli altri sono meglio di me" e "gli altri mi rifiuteranno". Le credenze ricatto relative al mondo possono includere: "il mondo è un posto crudele, ingiusto

e scorretto" e "la vita è futile, senza senso, senza speranza". Rispetto al sistema ricatto, le esperienze interne riferite delle persone con la depressione includerebbero un certo numero dei loro sintomi depressivi, mentre i comportamenti osservabili includerebbero il ritiro e l'evitamento delle attività. Queste persone avranno memorie alle quali attingere che confermeranno l'accuratezza delle loro credenze. La teoria del sistema ricatto riconosce anche l'importanza centrale di identificare, comprendere ed esprimere le emozioni repressate sottostanti al fine di smantellare il sistema ricatto. Nella depressione, queste emozioni sottostanti sono probabilmente la rabbia ed il dolore.

Sebbene una quantità di sintomi e processi depressivi possano essere compresi usando i concetti AT dell'analisi strutturale, diversi autori AT hanno usato il modello funzionale per comprendere i processi di una persona con la depressione. Il processo severo ed autocritico che è una componente basilare della depressione è considerato essere connesso ad uno stato dell'io Genitore severo e critico che domina i dialoghi interni della persona depressa ad un livello conscio, fuori dalla consapevolezza ed inconscio (Kapur, 1987; Maggiora, 1987). Questo processo è descritto sia da Kapur sia da Maggiora nei termini dell'analisi funzionale come la presenza di un Genitore Critico forte e sovrasviluppato che dialoga internamente con il Bambino Adattato il quale, a sua volta, sperimenta sentimenti di colpa, vergogna, disperazione ed un senso di indegnità. Inoltre, il Genitore Affettivo interno è considerato relativamente debole, con il risultato che la persona non è in grado di mantenere un senso positivo di autostima (Kapur, 1987; Maggiorana, 1987). Quando la validità del dialogo autocritico attuato dal Genitore e la risposta "io sono cattivo" dello stato dell'io Bambino è accettata come la verità dalla persona depressa, le credenze negative relative a sé, agli altri ed al mondo possono essere viste anche come contaminazioni dello stato dell'io Adulto.

A livello interpersonale, le persone con la depressione possono cercare simultaneamente sia di controagire il proprio senso di cattiveria, prevenire l'abbandono, e trattare gli altri come se avessero maggior valore (Io non sono ok, Tu sei ok), attuando le transazioni a partire dal Genitore Affettivo o facendo il Salvatore degli altri (Karpman, 1968; Maggiora, 1987). Le persone con la depressione caratterizzata da un senso di impotenza possono anche presentare una posizione da Vittima, invitando gli altri ed il terapeuta ad assumere la posizione da Salvatore (Kapur, 1987).

La comprensione dettagliata della depressione di una persona usando la teoria AT implica una stratificazione di concetti teoretici multipli, i quali daranno a loro volta forma all'approccio di trattamento del terapeuta. Questo fornisce al terapeuta un modo fine ed individualizzato di comprendere come ciascun paziente fa esperienza della depressione, sia a livello intrapsichico che a livello interpersonale, e a comprendere l'eziologia e le dinamiche delle depressione di ogni persona. Come discusso in precedenza, la depressione non è una esperienza singola e unificata, e differenti teorie possono essere appropriate oppure no per comprendere l'esperienza di uno specifico paziente. I terapeuti sanno che devono considerare come ciascuna di queste teorie (o in realtà qualunque altra teoria AT) migliora la loro concettualizzazione e comprensione dell'esperienza depressiva del paziente o può essere scartata come non rilevante per quella specifica persona, ritagliando in questo modo su misura dei bisogni di ciascun paziente la formulazione del caso ed il piano di trattamento.

La maggior parte degli studi che si rivolgono all'efficienza dei trattamenti per la depressione si basano sulla misurazione del miglioramento sintomatologico. Poiché l'AT considera il miglioramento sintomatologico come solo il secondo dei quattro stadi berniani della cura (Berne, 1961, 1966), è possibile che continuare la terapia oltre questo stadio possa avere un effetto sostanziale nel ridurre i tassi di ricaduta, sebbene al momento nessuna ricerca è stata condotta a sostegno di questa affermazione. Ciò nondimeno, con i pazienti che intendono terminare la terapia allo stadio del sollievo sintomatologico, può essere vantaggioso aiutarli a identificare i segni prodromici (i sintomi iniziali che indicano l'inizio del disturbo o la ricaduta) come segnali che una terapia aggiuntiva può essere benefica per prevenire una ricaduta piena. Inoltre, i dati provenienti dalle ricerche sulle terapie di mantenimento (sedute occasionali per mantenere i miglioramenti) condotte nell'ambito delle terapie interpersonali suggeriscono che la terapia di mantenimenti sia una strategia efficace per prevenire le ricadute (Frank et al., 1990).

Conclusioni

La depressione è uno dei problemi più frequentemente incontrati dagli psicoterapeuti nella loro pratica clinica. Per i terapeuti è importante essere consapevoli dei sintomi e delle manifestazioni della depressione al fine di facilitare il processo diagnostico ed il monitoraggio in corso dei pazienti con

la depressione. Anche la valutazione dei fattori che influenzano le ricadute e la guarigione è importante per aiutare i terapeuti a presentare ai pazienti informazioni reali basate sulla ricerca, al fine di aiutarli ad intraprendere la terapia da una posizione di consenso informato. Ciò, a sua volta, aiuta i terapeuti a fare una valutazione più accurata della prognosi dei propri pazienti. Comprendere le dinamiche interne ed i processi della depressione aiuta anche i terapeuti a perfezionare il proprio piano di trattamento cosicché il loro approccio sia ritagliato su misura per ciascun paziente e gli interventi siano progettati ed implementati nel modo più efficace. Sfortunatamente, al momento, la base di conoscenze comprovate per il trattamento analitico transazionale della depressione rimane scarsa. Ciò non è dovuto all'inefficacia dell'AT, quanto piuttosto alla mancanza di dimostrazioni provenienti da studi di ricerca ben progettati. Questo tipo di studi sono necessari se l'AT ha intenzione di competere alla pari con gli altri approcci. Solo allora gli analisti transazionali saranno in grado di dimostrare quello che già conoscono bene attraverso il loro lavoro: l'analisi transazionale è un approccio efficace per trattare la depressione.

Sebbene questo articolo descriva diversi approcci psicoterapeutici e modelli per la comprensione e l'intervento nei casi di depressione, inclusi alcuni che sono stati sottoposti a verifica sperimentale e che hanno mostrato la loro validità, nessun approccio preso singolarmente può affermare di essere un trattamento universalmente efficace per la depressione. Questo suggerisce che ciascun approccio vede la depressione da una prospettiva leggermente differente, rivolgendosi a certi tipi di depressione, o a certi suoi aspetti. Imparando da ciascun approccio e usando un modello che ha equivalenze teoretiche sostanziali con ogni altro approccio, l'analista transazionale può attingere ad una formulazione potente, complessa e stratificata dei concetti per comprendere e offrire un trattamento per la depressione e può ragionevolmente attendersi di ottenere risultati equivalenti a quelli osservati con le altre terapie.

Bibliografia

- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P., & TEASDALE, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- ALLOY, L. B., ABRAMSON, L. Y., WHITEHOUSE, W. G., HOGAN, M. E., PANZARELLA, C., & ROSE, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression

- in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- BARKHAM, M., REES, A., STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., HARDY, G. E., & REYNOLDS, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 927-935.
- BARROS, H. M. T., CALIL, H. M., GUIMARÃES, F. S., SOARES, J. C., & ANDREATINI, R. (2002). The brain decade in debate: V-neurobiology of depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, 613-617.
- BECK, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: New perspectives*. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York, NY: Raven.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., EMERY, G., & SHAW, B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- BECK, A. T., STEER, R. A., & BROWN, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSSOHN, M. J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BECK, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- BERNE, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York, NY: Grove Press.
- BERNE, E. (1966). *Principles of group treatment*. New York, NY: Grove Press.
- BERNE, E. (1972). *What do you say after you say hello?: The psychology of human destiny*. New York, NY: Grove Press.
- BLATT, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107-157.
- BLATT, S. J., & ZUROFF, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: 1. Etiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- BOWLBY, J. (1980). *Loss: Separation, and depression. Vol. 3 of Attachment and loss*. New York, NY: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- DEROGATIS, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedural manual-II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- ERNST, F. H., JR. (1971). The OK corral: The grid for get-on-with. *Transactional Analysis Journal*, 1(4), 33-42.
- ERSKINE, R. G., & ZALCMAN, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, 51-59.
- FETSCH, R. J., & SPRINKLE, R. L. (1982). Stroking treatment effects on depressed males. *Transactional Analysis Journal*, 12, 213-217.
- FRANK, E., KUPFER, D. J., PEREL, J. M., CORNES, C., JARRETT, D. B., MALLINGER, A. G.,

- GROCHOCINSKI, V. J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 1093-1099.
- FREUD, S. (1957). *Mourning and melancholia*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the collected works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 243-274). London, England: Hogarth. (Original work published 1917)
- GOULDING, M. M., & GOULDING, R. L. (1997). *Changing lives through redecision therapy*. New York, NY: Grove Press. (Original work published 1979)
- GREENBERGER, D., & PADEDSKY, C. A. (1995). *Mind over mood*. New York, NY: Guilford Press.
- HORWITZ, A. (1982). The relationship between positive stroking and self-perceived symptoms of distress. *Transactional Analysis Journal*, *12*, 218-221.
- JACOBSON, E. (1971). *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York, NY: International Universities Press.
- KAPUR, R. (1987). Depression: An integration of TA and psychodynamic concepts. *Transactional Analysis Journal*, *17*, 29-34.
- KARPMAN, S. (1968). Script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, *7*(26), 39-43.
- KELLER, M. B., LAVORI, P. W., ENDICOTT, J., CORYELL, W., & KLERMAN, G. L. (1983). Double depression: Two-year follow up. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 689-694.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., KORETZ, D., MERIKANGAS, K. R., . . . WANG, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS- R). *Journal of the American Medical Association*, *289*, 3095-3105.
- KLEIN, M. (1975). *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. New York, NY: The Free Press.
- KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., ROUNSAVILLE, B. J., & CHEVRON, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY: Basic Books.
- KOFTA, S. M., HOWARD, K. I., LOWRY, J. L., & BEUTLER, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(5), 1009-1016.
- LEONARD, B. E. (2001). The immune system, depression and the action of antidepressants. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *25*, 767-780.
- LORANT, V., DELIEGE, D., EATON, W., ROBERT, A., PHILIPPOT, P., & ANSSEAU, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, *157*, 98-112.
- MAGGIORA, A. R. (1987). A case of severe depression. *Transactional Analysis Journal*, *17*, 38-43.
- MAHLER, M. S., PINE, F., & BERGMAN, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York, NY: Basic Books.
- MCWILLIAMS, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*. New York, NY: Guilford Press.
- MELLOR, K., & SCHIFF, E. (1975). Discounting. *Transactional Analysis Journal*, *5*(3), 295-302.
- MORRISON, K. H., BRADLEY, R., & WESTEN, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- MOUSSAVI, S., CHATTERJI, S., VERDES, E., TANDON, A., PATEL, V., & USTUN, B. J. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the world health surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-858.
- MULHERN, R. (2010). *Depression*. In A. Grant, M. Townsend, R. Mulhern, & N. Short (Eds.), *Cognitive behavioural therapy in mental health care* (pp. 55-73). London, England: Sage.
- OFFICE OF NATIONAL STATISTICS. (2000). *Psychiatric morbidity among adults living in private households in Great Britain*. London, England: Author.
- PAPAKOSTAS, G. I., PETERSEN, T., DENNINGER, J., SONAWALLA, S. B., MAHAL, Y., ALPERT, J. E., NIERENBERG, A. A., & FAVA, M. (2003). Somatic symptoms in treatment-resistant depression. *Psychiatry Research*, 118, 39-45.
- PARIANTE, C. M., & MILLER, A. H. (2001). Glucocorticoid receptors in major depression: Relevance to patho-physiology and treatment. *Biological Psychiatry*, 49, 391-404.
- PDM TASK FORCE. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- PICCINELLI, M., & WILKINSON, G. (1994). Outcome of depression in psychiatric settings. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 297-304.
- SCHIFF, J. L., SCHIFF, A., & SCHIFF, E. (1975). Frames of reference. *Transactional Analysis Journal*, 5, 290-294.
- SCOTT, M. S., STRADLING, S. G., & DRYDEN, W. (1995). *Developing cognitive-behavioural counselling*. London, England: Sage.
- SHEA, M., WIDIGER, T., & KLEIN, M. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60, 857-868.
- SHEDLER, J., & WESTEN, D. (2004). Refining personality disorder diagnoses: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350-1365.
- STEINER, C. (1974). *Scripts people live: Transactional analysis of life scripts*. New York, NY: Grove Press.
- STUART, S., & ROBERTSON, M. (2003). *Interpersonal psychotherapy: A clinician's guide*. London, England: Hodder-Arnold.
- USTUN, T. B., AYUSO-MATEOS, J. L., CHATTERJI, S., MATHERS, C., & MURRAY, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C., & KLERMAN, G. L. (2000). *A comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- WESTEN, D., & MORRISON, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875-899.

INQUADRARE LA DEPRESSIONE ¹

Mark Widdowson

PhD, TSTA-P, University of Salford, UK

Introduzione

La depressione è uno dei più comuni disturbi psicologici e si stima che colpisce il 5% degli adulti ogni anno ed una donna su quattro ed un uomo su dieci nel corso della loro vita. Pertanto, la depressione è uno dei principali problemi che gli psicoterapeuti incontrano nella loro pratica clinica. Per una breve rassegna dei dati relativi alla prevalenza, vedi <http://cks.nice.org.uk/depression#!backgroundsub:1>

Questo articolo definisce la cornice per l'uso dell'AT nel trattamento della depressione². La struttura si basa è formata da una lista di dodici compiti terapeutici facilmente inquadrabili nella terapia AT e applicabili alla maggior parte delle persone che presentano depressione. I compiti terapeutici rappresentano una struttura basilare per la terapia. Essi possono essere ampliati o modificati in rapporto alle singole esigenze riguardanti il processo con il cliente e le caratteristiche teoriche e tecniche peculiari del terapeuta. La struttura dei compiti chiave delineata indirizza verso aspetti centrali dell'esperienza della depressione utilizzando concetti teorici base AT. Questa struttura può essere utilizzata per intervenire sul sintomo come può essere utilizzata nel lavoro terapeutico con i processi sottostanti caratteristici della depressione. Ho sviluppato questa lista di compiti terapeutici chiave come parte del mio progetto di ricerca all'interno del

¹ Traduzione a cura di Francesco Scottà dell'articolo "Depression in the frame" di Mark Widdowson apparso sulla rivista *The Transactional Analyst* nell'autunno 2011, 5-11.

² Ci sono molti sottotipi e modi diversi di concettualizzare la depressione, la cui discussione dettagliata va oltre gli scopi di questo articolo ed è presentata in "Depression: Diagnosis, Sub-types, Patterns of Recovery and Psychotherapeutic Models – a Literature Review" di Mark Widdowson tradotto in questo stesso numero dei Quaderni CPD.

dottorato studiando il processo e i risultati dell'AT nel trattamento della depressione. Ho esaminato quanta più letteratura ho potuto inerente la depressione ed ho revisionato tutti gli appunti che ho preso negli ultimi anni con miei pazienti depressi, verso i quali la terapia era risultata efficace, con l'obiettivo principale di identificare delle tematiche ricorrenti. Ho inoltre considerato come le caratteristiche principali della depressione possano essere comprese dalla prospettiva AT e che indicatori di trattamento specifici questo possa suggerire. Prevedibilmente, la lista dei compiti chiave è come prima cosa basata sui classici concetti AT, sebbene adattati attraverso il mio sguardo - tutti i terapeuti AT, nonostante la loro specifica preferenza in termini di scuole AT, basano il loro lavoro su concetti derivanti dalla scuola classica.

Come parte della mia ricerca, avevo bisogno di sviluppare una scala di misurazione fedele con lo scopo di aiutare i terapeuti (e i loro supervisori) che avessero voluto partecipare, a comparare la terapia che stavano portando avanti con un insieme di principi AT; questo darà loro la possibilità di essere sicuri che il percorso è stato portato a compimento e che è possibile identificarlo come una terapia AT. Volendo sviluppare, quindi, una misurazione fedele, ho aggiunto ai dodici compiti terapeutici una scala a fianco di ogni item di modo che terapeuti e supervisori possano indicare quali compiti sono stati assolti all'interno della terapia e se tali compiti sono stati portati a termine con efficacia ed abilità. Nonostante debba ancora completare l'analisi dei dati finale riguardante la fedeltà dello strumento, terminare di comparare tali dati con le note prese dai commenti del terapeuta e del cliente rispetto quali sono stati per loro gli "ingredienti" che hanno aiutato la loro terapia, ritengo che, un primo controllo, suggerisca che questi dodici punti rappresentano proprio la spina dorsale della terapia effettuata con i clienti che hanno partecipato allo studio. Come in tutte le terapie AT, una parte centrale della terapia rappresenta il creare una relazione io OK - tu OK. E' certamente più facile dirlo che farlo. E' consigliabile per il terapeuta continuare a riflettere su questo punto, monitorandolo e, nel momento in cui dovesse risultare particolarmente rilevante, calibrare i propri interventi, le proprie reazioni controtransferali e la qualità generale delle interazioni tra la diade in tal senso. Tutto questo ridurrà le potenziali modalità relazionali critiche e disfunzionali che, in maniera nascosta, tendono a minare la terapia e inconsapevolmente rinforzano la depressione del cliente.

La ricerca ha costantemente mostrato che l'empatia è un ingrediente vitale per l'efficacia della terapia – il cliente necessita di sentirsi compreso ed accettato. Se il tuo cliente si sente compreso ed accettato e sente che tu sei genuino con lui, migliorerà in qualcosa, anche senza interventi più complessi. Lo sviluppo di una buona alleanza di lavoro è il presupposto per il lavoro terapeutico e il terapeuta che è attento nel creare una buona alleanza di lavoro basata su questi principi, troverà che tutti i suoi interventi sono più efficaci e sarà più probabile che vengano recepiti in maniera positiva.

Un aspetto cruciale del processo di guarigione è l'impegno negli aspetti interpersonali. Il senso di isolamento, di alienazione è un aspetto centrale dell'esperienza depressiva di molte persone. A causa del loro sentirsi isolati e alienati, questi pazienti tendono a ritirarsi dai contatti interpersonali. Favorendo un ambiente empatico e di accettazione, aiutando il cliente a comprendere la propria depressione e rendendosi disponibile ad ascoltare e comprendere la profondità del suo dolore, il terapeuta può aiutare il cliente a sentirsi meno isolato (Widdowson, 2010).

Un'atmosfera di negatività può rendere difficile lo stare al fianco di persone depresse. Identificare persone e modalità relazionali che sono di aiuto ed incoraggiano l'esplorazione di nuovi modi di stare con gli altri, promuove la crescita dell'individuo.

I 12 compiti terapeutici che costituiscono il piano di trattamento centrale essenziale per la depressione sono:

1. Creare una relazione io OK – tu OK all'interno della quale il cliente si senta sicuro abbastanza per poter esplorare i propri pensieri, sentimenti e le proprie esperienze iniziando ad internalizzare l'esperienza di essere accettato.
2. Identificare (esaminandone le origini) e riconsiderare il dialogo interno del cliente.
3. Identificare, valutare e sfidare le contaminazioni e le credenze di copione, le quali hanno un impatto negativo nel concetto di sé, nelle aspettative verso gli altri e verso la vita.
4. Supportare l'individuo nel riconoscere, valutare e sfidare i sistemi auto-limitanti di pensiero e comportamento sperando cosa mantiene attiva la depressione (sistema ricatto).

5. Esplorare, elaborare e cambiare i pattern delle carezze (accettare quelle positive, aumentare il numero e la qualità delle carezze a sé stessi, ridurre le carezze negative autoimposte/di autocritica).
6. Identificare e sfidare il meccanismo di svalutazione e grandiosità (es. “se le cose vanno male è colpa mia” – svalutazione dei fattori esterni e considerazione grandiosa del ruolo del sé).
7. Supportare la capacità riflessiva e la rivalutazione delle esperienze di vita che hanno contribuito ad un senso di impotenza.
8. Supportare l’individuo a prendere nuove decisioni rispetto a come vuole vedere sé stesso, relazionarsi con gli altri e coinvolgersi nel mondo.
9. Supportare il processo di deconfusione attraverso la capacità dell’individuo di identificare, esprimere e riflettere sulle proprie emozioni represses.
10. Supportare l’individuo nell’esplorazione e nella sperimentazione di nuovi modi di entrare in relazione con gli altri aumentando la propria autostima.
11. Progettare e negoziare i contratti di controllo sociale, come ad esempio esercitazioni per casa, contratti di autocura, esercizi fisici, dieta e contratti di igiene del sonno.
12. Facilitare nel cliente l’attaccamento e il coinvolgimento sempre maggiori con la vita, gli altri e il mondo.

Molte persone con depressione portano avanti bene il lavoro terapeutico e il grado di miglioramento può essere molto elevato. Può essere utile far sapere questo ai propri pazienti fin dal principio della terapia in modo che possa ispirare in loro un positivo senso di speranza. Sentimenti di disperazione sono caratteristici della depressione. E' saggio prestare particolare attenzione a come il cliente si approccia alla terapia e ai cambiamenti che avvengono, soprattutto nelle prime sedute, ed invitare il cliente a prestare attenzione ai suddetti cambiamenti per sottolineare come essi siano un buon indicatore prognostico al risultato della terapia. Terapeuti che utilizzano misurazioni sull'outcome come il CORE-OM e/o il PHQ-9 possono riscontrare che monitorare i progressi del cliente, e sottolineare tali progressi al cliente stesso ogni certo numero di sedute, è di aiuto per dare al cliente incoraggiamenti sul fatto che sta migliorando. Inoltre può essere utilizzato per identificare quei particolari clienti che richiedono una

attenzione speciale in supervisione, ad esempio quando si riscontra un deterioramento o peggioramento dei sintomi.

Un certo numero di obiettivi chiave prevede l'uso della confrontazione delle difese (challenge). E' importante notare come la sfida avvenga dopo che terapeuta e cliente hanno identificato e sviluppato la loro consapevolezza riguardo aspetti di processo e di comportamento del cliente.

Quando viene fatta la confrontazione, va fatta con attenzione e sensibilità: le persone depresse generalmente presentano un forte aspetto di autocritica e, di conseguenza, può inavvertitamente alimentare l'autocritica.

L'evitare attività ed emozioni è generalmente parte della depressione – essenzialmente, la persona con depressione si sente senza speranza e scoraggiata, vede come inutile fare qualsiasi cosa, non ricava piacere dal fare alcuna attività facendo ricorso ad una serie di credenze e ricordi copionali (Erskine and Zalzman, 1979) riguardo i loro “fallimenti” e le loro mancanze. La difficoltà è che tale meccanismo di evitamento diventa un sistema che si autoperpetua e aumenta di intensità la depressione, incrementando il senso di alienazione e la disperazione della persona. Tale evitamento rinforza il senso delle persone con depressione di essere “difettate” o “inutili” e, di fatto, li autolimita dall'avere esperienze positive in opposizione alla depressione. Da un punto di vista AT, questo processo porta la persona con depressione ad essere affamata di carezze, di stimolazione, struttura e riconoscimenti continuando a nutrire il loro pattern negativo interno di auto accarezzamento. Inoltre i livelli di attività ridotti aggravano il senso di affaticamento che è un comune sintomo depressivo.

L'inerzia, l'evitamento, lo scoraggiamento e un senso di disperazione son tutte caratteristiche della depressione e possono portare la persona depressa ad essere demotivata e poco incline ad agire. Ancora, questo aggrava la depressione e può intrappolare la persona con depressione in una profonda passività – nella speranza che le cose possano migliorare.

Essi aspettano fino a quando si sentono motivati e con l'energia per agire e fare cose. In ogni caso, tale approccio è errato – se loro attendono fino a quando trovano la voglia di fare qualcosa, il processo di cambiamento sarà lento e laborioso e il cliente è a rischio peggioramento della depressione. Il terapeuta deve promuovere con delicatezza e sensibilità un incremento dei livelli di attività ed impegno dei clienti verso gli altri ed il mondo. Nel fare questo il terapeuta necessita di essere consapevole dei limiti della persona in quel momento incoraggiando il cliente a fare piccoli, ma consistenti e costanti passi, senza essere oppressivo o senza imporre obiettivi irrealistici

al cliente. Il processo di graduale re-investimento risulta migliore da una posizione di collaborazione, in opposizione ad una posizione genitoriale che porta il paziente all'adattamento.

Impedimenti e problemi sono una parte inevitabile del processo di cambiamento, dal momento che sono ovunque nella vita.

Sfortunatamente, molte persone con depressione trovano tutto questo molto difficile e possono risultare facilmente disilluse e prendere ogni impedimento come un ricordo di rinforzo per le loro credenze copionali depressive riguardo la loro “inutilità” e riguardo il fare qualsiasi cosa, visto come “senza significato che termina con insoddisfazione”. Attraverso l'anticipazione, il terapeuta può invitare il cliente a vedere tali impedimenti come una normale e prevista parte del processo di cura.

Attraverso la ricerca, sappiamo che le persone con depressione che risultano attive nel loro processo di cura hanno un più rapido tasso di miglioramento e sperimentano un più soddisfacente sollievo sintomatico rispetto a coloro i quali risultano essere più passivi. Il promuovere l'attività e l'acquisire un'attitudine proattiva verso la cura sono caratteristiche centrali del “Behavioural Activation” (Attivazione Corporea) – una variante della CBT, empiricamente riconosciuta e supportata come trattamento per la depressione. In linea con quanto detto, il terapeuta può invitare il paziente a compiere alcuni passi volti all'attività al di fuori delle sedute per favorire il suo processo di cura. La “dispensa di auto-aiuto per la depressione” (di seguito al presente articolo) può essere stampata e fornita ai clienti per incoraggiarli ad inserire semplici cambiamenti che li aiuteranno a sviluppare un approccio proattivo e collaborativo al loro percorso. La dispensa è basata su ricerche già esistenti sulla depressione e sulle mie osservazioni cliniche. La sto utilizzando da più di un anno e si è dimostrata funzionale ai miei clienti che hanno trovato le informazioni al suo interno utili.

Sviluppi futuri e feedback

Sto espandendo e sviluppando questo modello usando i dati della mia ricerca per mettere a punto un manuale di trattamento flessibile per il trattamento della depressione che può essere esaminato e valutato per la sua efficacia. Come parte di tale processo, mi rendo disponibile ad accogliere con piacere i vostri feedback su come avete utilizzato gli obiettivi terapeutici chiave presentati, e, in particolar modo, i risultati ottenuti con l'utilizzo di tale modello. Inoltre, sto costruendo un database per uno studio

sul processo e sui risultati della psicoterapia AT a breve termine per la depressione e invito ogni terapeuta AT, interessato a contribuire, a contattarmi direttamente.

Auto aiuto per la depressione

La depressione è una problematica estremamente comune e si stima che un adulto su dieci ne faccia esperienza durante la sua vita. E' un problema complesso che può includere differenti sintomi al suo interno: un senso di perdita di provare piacere ed interesse nella vita e nelle attività in generale, sentimenti di disperazione, colpa, sensazioni di inferiorità, inadeguatezza, impotenza e debolezza uniti con uno schiacciante senso di tristezza, perdita di speranza e odio per sé stessi. Le ideazioni suicidarie di varie intensità sono estremamente comuni in individui depressi. La depressione può inoltre causare un indebolimento delle capacità di concentrazione e memoria, difficoltà a prendere decisioni ed intensa autocritica. Inoltre ci sono numerosi sintomi fisici associati alla depressione che possono includere: faticabilità, apatia, disregolazioni del sonno, irrequietezza, mal di testa, dolori muscolari, dolori alla schiena, perdita o aumento di peso, cambiamento dell'appetito e perdita del desiderio sessuale. Fortunatamente ci sono una serie di cose che puoi fare che possono aiutarti a sentirti meglio. Il problema comunque, è spesso la motivazione e la sensazione che ogni tentativo di aiutare sé stessi sia senza speranza. Questo è parte di come la depressione funziona – lascia le persone senza speranza e “drena” ogni motivazione in loro. La difficoltà è che sentire che le cose non cambieranno, sentirsi stanchi e privi di motivazione per fare qualsiasi cosa inserisce le persone con depressione in una spirale verso il basso che le porta a sentirsi peggio.

Quando le persone sono depresse iniziano a fare meno perché non si sentono abbastanza “su” per fare ciò che fanno di solito. Il problema è questa tendenza a rendere il problema peggiore che porta le persone depresse a fare meno per poi sentirsi male con se stesse a causa della riduzione dei loro livelli di attività. Fare meno inoltre significa che le persone che vivono la depressione non hanno contatto con attività positive e piacevoli nella loro vita che possano aiutare a generare e sostenere sentimenti positivi. In ogni caso il tuo sentirti stanco, senza speranza privo di motivazione è essenziale per il tuo percorso in modo che tu possa fare dei passi attivi per aiutarti a guarire dalla tua depressione. Esiste una

considerevole ricerca che dimostra che le persone con depressione che dedicano tempo ed energie in attività che le aiutano a guarire hanno un tasso sostanzialmente più alto di guarigione e staranno meglio più velocemente e con una minore possibilità di ricaduta, rispetto a quelle che aspettano e sperano che la loro depressione cambi “per caso”. In maniera simile, la ricerca ha inoltre dimostrato che le persone in terapia che completano con costanza ogni “compito per casa”, tra le sedute, hanno anch’essi risultati migliori.

Tutte le cose presentate nel presente articolo sono conosciute per la loro efficacia nel migliorare l’umore e le sensazioni di benessere. Queste raccomandazioni funzionano meglio se messe in pratica lungo un periodo di tempo – nessuna di esse avrà l’effetto di “cura magica” ne cambierà tutto immediatamente ma, se usate regolarmente, e in maniera combinata, possono aiutarti a sentirti meglio. Sii paziente nell’usare queste indicazioni e gli effetti del loro utilizzo prenderanno forma e aumenteranno gradualmente nel tempo.

E’ importante che tu sia realistico con te stesso – l’umore di tutte le persone fluttua in qualche misura, quindi anche durante la messa in pratica di tali raccomandazioni vivrai dei giorni negativi – questo non significa che le cose non stanno funzionando, significa solo che oggi potrebbero non essere così efficaci. Persisti e nel tempo queste potrebbero aiutarti a sentirti meglio.

Inoltre, ricorda, capiterà che sbaglierai, che ti dimenticherai di fare delle cose e farai della confusione di tanto in tanto – questo è normale, e parte dell’essere una persona. Tutti facciamo confusione, tutti sbagliamo e dimentichiamo cose di tanto in tanto. Non colpevolizzarti per aver fatto degli errori.

Può essere difficile trovare del tempo per fare le cose che ti fanno sentire meglio. Molte persone portano avanti una vita molto impegnata e c’è una grande richiesta del loro tempo. Lo scopo di queste raccomandazioni è quello di aiutarti a sentirti meglio con te stesso – se ti senti meglio con te stesso troverai che altre cose della tua vita miglioreranno. E’ importante che tu dia priorità a TE e che tu ti impegni realmente per sentirti meglio. Fare dei grossi cambiamenti in come ti senti richiederà tempo e sforzo da parte tua – è raccomandabile che tu svolga per almeno 20 minuti al giorno queste attività che contribuiranno alla tua guarigione.

Se hai molte faccende domestiche da fare o molto da studiare è facile che tu veda il tutto come tanto e ciò possa farti demoralizzare e farti sentire

schiacciato, fino a perdere motivazione nel portare avanti i compiti. Il suddividere le cose in piccoli pezzi può aiutarti. Per esempio, impegnarsi per quindici minuti in qualcosa che tu trovi difficile da affrontare (come una faccenda domestica o lo studio, o anche fare alcuni esercizi) comincia a fare la differenza – può non essere molto all’inizio, ma fare qualcosa è meglio che non fare niente. Seguire la guida esposta di seguito ti aiuterà con la tua terapia e ti aiuterà a sentirti meglio molto più velocemente.

Esercizi fisici

Vi sono ricerche che suggeriscono che l’esercitarsi tre volte alla settimana produce un lieve effetto antidepressivo e può migliorare l’umore e le sensazioni di benessere. E’ meglio scegliere una tipologia di esercizi che già ti piacciono (camminare, nuotare, gruppi di lavoro fisico o esercizi riguardanti il peso) ed attenersi ad essi.

Sentirsi a proprio agio con gli esercizi fisici è difficile per persone che si sentono depresse, ma vale la pena di sforzarsi. Puoi iniziare con una camminata di dieci minuti e aumentare gradualmente se senti che non hai molta energia. Se riesci ad aumentare a 45 minuti il tempo che dedichi ad ogni sessione e riesci a portarlo a 3 volte la settimana, vedrai che in qualche settimana il tuo livello di energia crescerà e tu ti sentirai meglio.

Dieta

Diverse persone trovano che il concentrarsi sulla loro dieta aiuti a migliorare l’umore. Diversi nutrizionisti raccomandano di seguire dei suggerimenti che anche tu potresti trovare utili:

- Aumenta il tuo livello di assunzione di Omega 3, mangiando pesce regolarmente o attraverso integratori;
- Assicurati che tu stia assumendo abbastanza vitamine e minerali – mangia molta frutta fresca e verdura, casomai assumendo degli integratori;
- Assumi almeno due pasti ricchi di proteine per aiutare il tuo corpo a produrre serotonina e altre sostanze chimiche che influenzano il tuo umore;
- Riduci la tua assunzione di zuccheri e altri prodotti lavorati (per esempio utilizza pane integrale invece di pane bianco).

Queste raccomandazioni sono molto precise e seguono le linee guida governative per una sana alimentazione. Può essere difficile sentirsi motivati per mangiare in maniera adeguata se ti senti giù, ma è importante che tu dia a te stesso il massimo che puoi per aiutarti a sentirti meglio. Sentirti più sano ti aiuterà a sentirti meglio con te stesso.

Gestire pensieri e sentimenti difficili

Cercare di evitare o sopprimere alcuni pensieri o sentimenti non rappresenta una strategia molto efficace. Nella direzione di sentirci meglio abbiamo bisogno di esaminare e cambiare come pensiamo e sentiamo le cose. I sentimenti negativi sono inevitabili – tutti si sentono agitati o ansiosi o arrabbiati alle volte, è semplicemente una parte naturale della vita. E' quello di cui siamo fatti. Mentre non possiamo evitare di sentirci turbati di tanto in tanto, possiamo imparare invece ad aiutare noi stessi a maneggiare i nostri sentimenti difficili o dolorosi e portare avanti la nostra vita anche quando ci sentiamo agitati. Può aiutare il ricordarsi che i sentimenti sono solo sentimenti – anche quando sembrano terribili, e che passeranno, al di là di quanto facciano soffrire.

E' irrealistico pensare che tu possa sentirti felice tutto il tempo e pensare che tu possa fare le cose importanti della tua vita solo quando ti senti bene. Sentirsi male non necessariamente blocca le persone nel fare le cose che devono fare – puoi portare avanti la tua vita anche se ti senti turbato o agitato.

Se ti accorgi di lottare con delle emozioni in particolare, parlane con il tuo terapeuta e, con il suo aiuto, potrai trovare dei modi per gestire efficacemente tali emozioni.

Cura di se stessi e auto-educazione

Spesso quando le persone si sentono giù tendono a trascurare se stesse. E' importante che tu ti prenda buona cura di te stesso e che tu faccia attività che ti danno piacere o che ti facciano stare bene. Di tanto in tanto possiamo modificare la modalità con cui ci avviciniamo alle cose che facciamo ogni giorno per migliorare come stiamo. Ad esempio possiamo far diventare alcune attività giornaliere delle opportunità per prenderci cura di noi stessi – decidendo “faccio questo per rilassarmi” che può significare leggere il giornale o fare uno sforzo per migliorare il nostro aspetto, ma che pensiamo possa essere positivo anche quando non abbiamo voglia di farlo.

Questo tipo di cose non richiedono molto tempo o sforzo o un costo eccessivo ma possono aiutare a sentirsi meglio.

Contatti sociali

Ci sono ricerche che suggeriscono che avere contatti sociali regolari può migliorare l'umore e aumentare il proprio senso di benessere. Può risultare difficile mantenere dei contatti sociali con le persone quando ti senti giù, ma è importante che tu lo faccia. Gli esseri umani sono creature sociali e le interazioni con gli altri ci forniscono "vitamine emozionali" che ci aiutano ad essere più sani, in termini emozionali. Di certo vi sono delle relazioni che risultano per noi danneggianti e ci lasciano delle sensazioni negative riguardo noi stessi – in questi casi può essere meglio ridurre o anche interrompere i contatti con persone che ci fanno sentire male.

In generale, è raccomandabile che tu abbia contatti sociali almeno una volta alla settimana. Può valere la pena di parlare con il tuo terapeuta di come tu puoi migliorare le tue relazioni e di come tu puoi comunicare con le persone in modo che tu possa dare e trarre il meglio dalle tue relazioni e renderle così soddisfacenti per te e per gli altri.

Migliorare il sonno e l'orologio biologico

Trascorrere una buona notte di sonno è molto importante quando ti senti giù. Sfortunatamente molte persone che sono depresse riconoscono che i loro pattern di sonno presentano molte interruzioni, che trovano difficile addormentarsi e dormire per un tempo a loro adeguato.

Queste raccomandazioni possono aiutare a ritornare ad acquisire dei buoni pattern di sonno e migliorare la qualità del sonno. E' bene che tu persista con queste raccomandazioni in quanto potrebbero trascorrere alcune settimane prima che possano agire in maniera completa. Questo perché è bene cambiare gradualmente il tuo orologio biologico in un certo numero di settimane. Portare avanti una certa routine è importante per migliorare i tuoi pattern di sonno:

- Vai a letto alla stessa ora tutti i giorni.
- Alzati dal letto alla stessa ora tutti i giorni.
- Fai alcuni esercizi ogni giorno – anche solo dieci minuti possono aiutare. Alcune persone trovano che l'uscire di casa e respirare un po' di aria fresca aiuti. Evita di esercitarti tardi la sera in quanto questo può mantenerti sveglio.

- Mantieni la temperatura della tua camera da letto un po' più bassa del resto della casa – l'eccessivo calore può influire sulla qualità del tuo sonno.
- Prova ad eliminare tutti i rumori possibili soprattutto durante la fase di addormentamento.
- Elimina tutte le fonti di luce, le quali interferiscono con gli ormoni del sonno. Se è il caso, procurati delle tende pesanti, chiudi le imposte o utilizza una mascherina per gli occhi.
- Utilizza il tuo letto solo per dormire e avere rapporti sessuali – non guardare la televisione a letto.
- Evita tutto ciò che può essere troppo stimolante prima di andare a letto come giocare al computer o guardare programmi o leggere libri i quali ti potrebbero coinvolgere eccessivamente.
- Evita qualsiasi cosa contenga caffeina durante la serata. Questo include tè, caffè, coca-cola e cioccolata.
- Evita di utilizzare alcool come aiuto per dormire – l'alcool riduce la qualità del tuo sonno.
- L'aver molta fame o l'aver mangiato eccessivamente può disturbare il sonno. Fai piuttosto un piccolo spuntino, se sei molto affamato, ma evita qualsiasi cosa possa riempirti eccessivamente o gonfiarti.
- Evita di dormire durante il giorno – questo può risultare molto difficile se sei molto stanco e non riesci a dormire la notte ma i “pisolini” influenzano negativamente la qualità del tuo sonno.
- Prova ad evitare di arrabbiarti o infastidirti nel momento in cui provi ad addormentarti e non ci riesci. Se rimani a letto per più di 30 minuti senza riuscire a prendere sonno, alzati e fai qualcosa di tranquillo e rilassante e quindi riprova di nuovo a tornare a letto quando senti che il sonno sembra tornare.

Mindfulness

La mindfulness è una pratica sviluppata dalla meditazione e molte ricerche recenti hanno dimostrato la sua efficacia con persone con depressione e ansia. Ci sono inoltre ricerche che sostengono che il praticare con costanza la mindfulness aiuti le persone a stare meglio una volta guarite.

La mindfulness, in pratica, comporta l'allenare la mente a focalizzarsi e prestare attenzione in modo particolare momento presente in maniera non giudicante. Può richiedere un certo periodo di allenamento il ri-orientare la

mente verso buone abitudini ma ci sono delle prove considerevoli che sostengono che il praticare con costanza la mindfulness paga. Le persone esperiscono benefici dopo appena otto settimane di pratica quotidiana.

Ci sono due modalità di praticare la mindfulness – la meditazione mindfulness formale e la mindfulness applicata. La prima richiede che tu possa dedicare del tempo (5-15 minuti circa) specificatamente per questa attività, mentre la seconda può facilmente essere inserita all'interno della tua routine quotidiana. Trarrai un beneficio maggiore da una combinazione dei due metodi, dedicando circa 20 minuti al giorno alla pratica mindfulness.

La respirazione mindful

L'obiettivo della respirazione mindful è quello di sviluppare una calma e non giudicante consapevolezza permettendo ai tuoi pensieri e ai tuoi sentimenti di scorrere senza lasciarti coinvolgere da essi.

- Siedi in una posizione comoda, con la colonna vertebrale il più possibile dritta.
- Chiudi gli occhi.
- Porta la tua attenzione al respiro.
- Nota le sensazioni provenienti dal tuo addome nel momento in cui inspiri ed espiri. Il tuo addome crescerà nel momento dell'inspirazione e decrescerà nel momento dell'espirazione.
- Pensieri e sentimenti compariranno nella tua mente – è normale, è così che funziona la mente umana. Quando pensieri e sentimenti compaiono nella tua mente, semplicemente nota la loro apparizione senza portare la tua attenzione ad essi ma dirigi la tua mente sul respiro.
- Allo stesso modo, diventerai probabilmente consapevole di suoni, odori, sensazioni e altro ancora. Ancora una volta, quando appaiono, notali e riporta la tua attenzione al respiro.

Nella mindfulness, invece di seguire questi pensieri o sentimenti, permetti a te stesso di lasciarli andare. Non hai bisogno di giudicarti o criticarti per averli avuti; il fine non è per te iniziare ad analizzarli – l'obiettivo è semplicemente quello di riconoscere che essi sono OK e lasciarli semplicemente esistere. Quando noti i tuoi pensieri e i tuoi sentimenti, riporta nuovamente la tua attenzione al respiro.

Quando noti che la tua attenzione è venuta a mancare, nota semplicemente che essa sta divagando, lasciala semplicemente allontanare e poi riportala gentilmente al tuo respiro.

E' naturale che diversi pensieri e diversi sentimenti appaiano alla tua consapevolezza ed è altrettanto normale che la tua mente li segua mentre tu stai eseguendo i tuoi esercizi di mindfulness. Non importa quante volte ciò accade, riporta solo la tua attenzione al respiro. Ricorda, l'obiettivo della mindfulness è quello di ri-allenare la tua mente e spegnere molte delle modalità odierne di pensare ed essere che continuamente usiamo.

Mindfulness con le emozioni

Può esserti molto utile usare le abilità di mindfulness per aiutarti nella gestione delle emozioni. Focalizzando la tua attenzione sul respiro, sul corpo e sull'esperienza dell'emozione puoi imparare a distanziarti da essa comprendendola al meglio. Il fine dell'utilizzare la mindfulness per gestire le tue emozioni è quello di apprendere ad accettare l'esperienza, invece che ridurre la sofferenza, tuttavia molte persone trovano che imparando a non temere o lottare più contro le proprie emozioni si può ridurre il loro livello di sofferenza. Il processo di usare la mindfulness con i sentimenti comporta il notare, nominare, accettare ed esplorare le tue emozioni. Portare avanti la pratica mindfulness prevede il dover programmare alcuni minuti all'interno della giornata nei quali tu possa sentirti tranquillo, senza essere disturbato. Comincia con il portare la tua attenzione al respiro. Nota il tuo respiro e le sensazioni del tuo addome nel momento dell'inspirazione e dell'espiazione. Trascorri alcuni minuti solo portando la tua attenzione al tuo respiro.

- Per prima cosa porta l'attenzione su cosa stai sentendo.
- Nomina l'emozione che senti: di che emozione si tratta? (per esempio: rabbia, tristezza, irritazione, paura, frustrazione..).
- Quindi accetta l'emozione. E' normale avere molte emozioni – sia piacevoli che spiacevoli. Può essere di aiuto comprendere cosa ha innescato tale emozione e le circostanze che hanno contribuito a fartela provare. Non passare sopra a ciò che senti e non giudicarlo. Semplicemente lascia che si muova dentro di te senza resisterele, senza lottare contro di essa o incoraggiarla.
- Infine, esplora l'emozione. Quanto intensamente la senti? Come stai respirando mentre provi tale emozione? Dove noti della tensione muscolare? Che espressione del viso assumi nel momento in cui sei a

contatto con essa? Se presti attenzione alla tua emozione, questa cambia in qualche modo? (certe volte cambierà, altre volte no). Se scopri che la tua emozione cambia, nota come questa cambia. Cambia in intensità oppure cambia la parte del corpo dove la senti o diventa un'emozione differente?

- Che pensieri o giudizi noti? Porta solo la tua attenzione ad essi. Lascia che tali pensieri arrivino e lascia che tali pensieri passino. Ogni volta che ti scopri coinvolto in questi pensieri – di giudizio o di auto colpevolizzazione per averli avuti, o nella direzione di credere a tali pensieri o di lottare contro di essi – limitati ad osservare il processo, riporta la tua attenzione al respiro e alle sensazioni che stai sperendo sul tuo corpo.

Se altre emozioni dovessero apparire, se qualsiasi cosa dovesse cambiare, notala semplicemente e ripeti i passi di cui sopra. In un primo momento può risultare difficile mettere in pratica tutto ciò se ti senti turbato ma con la pratica puoi continuare ad utilizzare questa tecnica mindfulness quando sei a contatto con emozioni intense.

Mindfulness applicata – integrare la tua pratica mindfulness alla tua vita quotidiana

Il principio della mindfulness applicata è molto semplice – riguarda l'aumentare il tuo coinvolgimento nel mondo, il tuo focalizzarti realmente su ciò che stai facendo, il tuo vivere “il momento”. Quando utilizzi la mindfulness, troverai che la tua mente continua a girovagare – questo è normale e non c'è niente di cui preoccuparsi. Se noti che tale processo sta avvenendo o che stai iniziando a pensare a qualcos'altro, limitati a notare cosa ti ha portato a distrarti e riporta, con calma, la tua attenzione all'esercizio. Continuare a lasciar scorrere le distrazioni e persistere nel riportare la tua attenzione all'esercizio è parte fondamentale della pratica mindfulness.

Il tuo obiettivo con la mindfulness applicata è quello di esercitarti anche solo per alcuni minuti, ad intervalli però frequenti durante il giorno.

- Trascorri qualche momento in più sotto la doccia.
- Ascolta i suoni dell'ambiente.
- Presta attenzione alle differenti sensazioni, delle quali sei consapevole, presenti nel tuo corpo.

- “Cammina lentamente”. Rallenta il tuo passo mentre cammini e diventa consapevole del fluire del movimento attraverso il tuo corpo.
- “Mangia lentamente”. Mangia in silenzio e più lentamente del solito.
- “Lavori domestici mindful” Puoi utilizzare la mindfulness quando svolgi i lavori domestici trasformando le faccende di casa in opportunità per vivere il momento.

ANALISI TRANSAZIONALE E DEPRESSIONE

Cristina Piccirillo¹ & Salvatore Ventriglia²

¹ Psicologa, psicoterapeuta, analista transazionale CTA in ambito clinico, psicoterapeuta EMDR, Torino

² Neurologo, psicoterapeuta, analista transazionale TSTA in ambito clinico, direttore Centro LOGOS, Caserta

Abstract

Il presente lavoro intende mostrare la modalità di trattamento per il Disturbo Depressivo Maggiore, avendo come modello di riferimento l'Analisi Transazionale. Verranno pertanto illustrati i concetti teorici di riferimento, il piano di trattamento e la metodologia che i due autori utilizzano nella loro pratica clinica.

Introduzione

La depressione, come suggerito da Klerman (cit. in Labbrozzi, 1991), presenta tre categorie globali: depressione come emozione normale, depressione come sintomo, depressione come disordine psichiatrico. Nella diagnosi e nel trattamento, pertanto, vanno distinti due livelli: quello sintomatologico (che può essere reattivo ad un evento o trasversale a differenti quadri psicopatologici) e quello che si riferisce all'organizzazione di personalità.

Di seguito esporremo come ci orientiamo nel trattamento della depressione utilizzando l'approccio dell'analisi transazionale, integrato con altri contributi.

Metodo

Concettualizzazione della depressione

La depressione è un disturbo dell'umore. L'alterazione dell'umore è in genere accompagnata da disturbi del comportamento e delle funzioni

corporee. Spesso le persone depresse si sentono giù di tono, tristi, irritabili, affaticate e sopraffatte da pensieri negativi che riguardano Sé e la vita.

Il DSM IV-TR distingue tra:
depressione maggiore,
fase depressiva in disturbo bipolare,
disturbo ciclotimico,
disturbo distimico.

I modelli teorici di riferimento utilizzati insieme all'analisi transazionale per inquadrare la depressione sono differenti.

Condividiamo la visione di Novellino (1998), il quale identifica una linea epistemologica secondo la quale è utile presupporre, a monte dei cosiddetti disturbi dell'umore, una struttura di personalità unica. Pertanto utilizziamo per l'inquadramento diagnostico in AT quello proposto da Novellino (1991, 1998) e da Loomis e Landsman (1980). Per quanto riguarda la comprensione cognitiva caratteristica dell'organizzazione di personalità depressa facciamo riferimento a Guidano (1988) e Beck (1978, 1987). Per il trattamento, oltre alla teoria analitico transazionale neoberniana, utilizziamo alcune delle indicazioni specifiche che ci sono state date in merito alla depressione dai Goulding (1979) e da Steiner (1974). Nella costruzione dell'alleanza e della relazione con il paziente depresso prendiamo spunti e indicazioni anche dal modello interpersonale della depressione (Klerman-Weissman-Rounsaville-Chevron, 1989).

I concetti AT maggiormente impiegati per descrivere la depressione sono l'analisi funzionale e strutturale; la teoria delle carezze; le posizioni esistenziali; la teoria del copione e le convinzioni di copione, l'analisi delle dinamiche transferali e controtransferali, l'interpretazione (approccio psicodinamico e relazionale).

I primi colloqui e la diagnosi

Considerato che la depressione presenta aspetti molto vari tra i quali, nei casi più gravi, rischi suicidari, ci avvaliamo della collaborazione di uno psichiatra o di un neurologo e consideriamo di fondamentale importanza i primi colloqui, in quanto ci permettono di valutare la necessità o meno di un intervento di tipo farmacologico e la specifica definizione del setting e del contratto terapeutico.

Al termine del primo colloquio fissiamo con il paziente altre tre o quattro sedute, al fine di valutare da parte nostra il tipo di diagnosi e il piano di trattamento e, da parte del paziente, la disponibilità e la motivazione al trattamento.

In questi primi incontri, utilizzando ai fini diagnostici il colloquio clinico, l'analisi dei vissuti controtransferali e le quattro diagnosi di Berne (comportamentale, sociale, storica e fenomenologica), cominciamo una prima valutazione della struttura di personalità.

Insieme alla diagnosi strutturale valutiamo la sintomatologia del paziente utilizzando il DSM-IV (1999) e ci prendiamo cura di avviare una diagnosi differenziale che tenga conto anche degli aspetti medici.

Con questa tipologia di pazienti, è funzionale richiedere, laddove non siano già stati svolti, esami ed accertamenti medici (ad es. controllo della funzionalità tiroidea, eventuali dosaggi ormonali, etc.) che attestino la causa non organica dei sintomi. Un altro aspetto della diagnosi differenziale per questa tipologia di pazienti è legata alla necessità di valutare se siamo in presenza di un Disturbo Depressivo Maggiore o di un Disturbo Bipolare.

Come precedentemente accennato, sin dalla prima seduta cerchiamo di esplorare la presenza di rischi suicidari e, nel caso fossero presenti, raccomandiamo la necessità di una visita psichiatrica, stipuliamo un Contratto di Non Suicidio (Steiner, 1974) e identifichiamo con il paziente una figura esterna alla terapia, da lui ritenuta sicura e protettiva. A questo punto, se lo consideriamo utile, concordiamo con il paziente la possibilità di contattare la persona che egli ha indicato. Rispetto allo stipulare un contratto di non suicidio (Steiner, Gouldings) in un'ottica psicodinamica, poniamo particolare attenzione all'analisi delle dinamiche transferali e controtransferali. Qualora reputiamo necessario stipularlo, valutiamo l'opportunità di farlo in "positivo" in quanto, come afferma la PNL, non è possibile visualizzare una meta in negativo.

A questo punto provvediamo ad impostare il setting in modo tale da fornire una protezione al paziente, sin dai primi incontri, fornendo:

- indicazioni pratiche su come si deve comportare in caso di forti crisi in nostra assenza (es. chiamare il 118, rivolgersi al Pronto Soccorso o contattare lo psichiatra);
- reperibilità;
- valutazione della frequenza degli incontri nella fase iniziale (vedere il paziente almeno una/due volte a settimana, se ritenuto necessario).

Crediamo che non tutti i passaggi siano necessari ma che, sulla base della valutazione del terapeuta, tutti debbano essere presi in considerazione e valutati in base alle singole situazioni.

Alla luce della nostra esperienza clinica i dati che maggiormente osserviamo nel lavoro con pazienti che presentano una organizzazione depressiva di personalità sono:

- Sintomi fisici, psicologici e comportamentali: i pazienti depressi presentano, in genere nei primi incontri, molti disturbi nelle funzioni corporee (es. stitichezza, dolori alla schiena, dolori alla pancia, mal di testa, mancanza di appetito, etc.) e si sentono apatici, tristi, molto nervosi, facilmente irritabili, con pensieri negativi generalizzati e catastrofici su di Sé, gli altri e la vita. Si presentano spesso trascurati o trascuranti nella cura di sé ed hanno, soprattutto nelle fasi acute della depressione, un rallentamento nelle funzioni motorie, un eloquio molto lento accompagnato da povertà di linguaggio (non in senso culturale ma colloquiale);

- Comportamenti passivi: solitamente questi pazienti tendono ad agitarsi, iper-adattarsi, si astengono e si incapacitano sia sul piano delle relazioni che su quello delle attività;

- Modelli relazionali: in genere con i pazienti depressi è possibile identificare delle aree relazionali problematiche che possono essere legate a perdite (lutti), conflitti, transazioni di ruolo o deficit interpersonali (es. isolamento);

- Posizione esistenziale: Io non sono ok, Tu sei ok (Io-, Tu+);

- Analisi funzionale degli stati dell'Io: notiamo la prevalenza di un stato dell'Io GN- critico e uno stato dell'Io BA- (con un chiaro risvolto Ribelle);

- Analisi strutturale degli stati dell'Io: presentano, generalmente, un G2 critico che contamina il B2 il quale si incapacita e si sente abbandonato. Notiamo anche simbiosi complementari di primo e secondo grado nonché Impasse di primo, secondo e terzo tipo a seconda della gravità della struttura;

- Strutturazione del tempo: alla luce di quanto emerso fino ad ora appare evidente che queste persone hanno difficoltà significative sia sul piano dell'intimità che dell'attività;

- Carezze: c'è una carenza di carezze positive dettata da una incapacità nel riconoscere quelle autentiche da quelle ricattatorie, dalla tendenza a svalutare quelle buone e dalla passività nel darsi e nel cercare quelle positive autentiche. Questo sistema, tipico del depresso, è definito da Steiner "breaking down the stroke economy" (1974);

- Ingiunzioni: Non esistere, Non sentire (specifiche emozioni se sono monopolio di qualcun altro), Non essere te stesso, Non farcela, Non essere intimo, Non;

- Spinte: nella nostra esperienza prevalgono Sforzati e Compiaci. Infatti loro riportano un senso di impotenza legato al fatto che nonostante la fatica e i tentativi di reagire, di fare, di essere forti, in realtà non ce la fanno;

- Emozioni: le emozioni parassite sono spesso tristezza e senso di colpa mentre quelle autentiche sono la rabbia e la paura;

- Giochi: la posizione prevalente nel Triangolo Drammatico é quella di Vittima - Salvatore (anche se la loro rabbia passiva fa presupporre una tendenza ad essere spesso anche Persecutore) pertanto i giochi principali sono: “Prendimi a calci”, “Povero me”, “Gamba di legno”, “Perché non, sì ma”;

- Tipi di copione: Senza amore (Steiner), copione caratterizzato da ingiunzioni che limitano o inibiscono la naturale capacità del bambino di ricevere carezze. La conseguenza è la depressione sostenuta dalla sensazione/convinzione di non essere amati/amabili.

Trattamento

Possiamo definire il piano terapeutico come il processo che porta a compimento un contratto di terapia. Con i pazienti, in base alla struttura di personalità, ci orientiamo verso una terapia di ristrutturazione della personalità e non soltanto sintomatica. Crediamo infatti che con questo tipo di strutture di personalità sia necessario non solo un cambiamento comportamentale bensì un cambiamento di copione basato su una ristrutturazione affettiva e cognitiva degli stati dell’Io.

Nel piano di trattamento gli aspetti che, inizialmente, consideriamo fondamentali sono legati al setting e al contratto terapeutico. In questa prima fase costruiamo l’alleanza terapeutica che è fondamentale per una buona diagnosi e di conseguenza per la valutazione di un setting adatto al paziente depresso. Riteniamo che tutto ciò sia un presupposto fondamentale per la definizione di un contratto di lavoro condiviso, realistico e raggiungibile.

Riteniamo che nelle fasi iniziali del trattamento di questi pazienti sia importante un setting individuale che permetta alla persona di costruire una buona alleanza con il terapeuta e di avviare un cambiamento iniziale almeno sintomatologico e comportamentale. Successivamente abbiamo notato l’utilità di un setting di gruppo eterogeneo.

Nelle fasi iniziali del trattamento verifichiamo, come accennato sopra, la gravità della sintomatologia depressiva e l’esistenza di idee e di pregressi tentativi di suicidio e valutiamo la necessità di un eventuale supporto

farmacologico. Nei casi dove venga reputato utile e protettivo, come detto precedentemente, inviamo il paziente ad un collega psichiatra. Ci sembra opportuno, infatti, suddividere i due piani: quello fantasmatico sul quale interviene lo psicoterapeuta da quello di realtà, ambito dello psicofarmacologo. Rispetto alle idee e agli agiti suicidari teniamo conto della struttura di personalità: per esempio diverso è il tentativo di suicidio a scopo dimostrativo di una paziente con una struttura di personalità istrionica dall'agito di un paziente con un'organizzazione borderline.

Lavoriamo nella costruzione dell'alleanza terapeutica utilizzando alcune delle indicazioni che ci vengono suggerite da Loomis e Landsman, in particolare attraverso l'ascolto empatico teniamo presente il bisogno di questi pazienti di riconoscere nel terapeuta un Genitore Nutritivo realistico.

Una volta stabilita l'alleanza terapeutica, come sopra accennato, lavoriamo attraverso contratti di autonomia congruenti con un lavoro di ristrutturazione della personalità.

Accanto a questo tipo di lavoro avviamo la decontaminazione, al fine di aiutare la persona a differenziare i sintomi dal problema che li sottende. Energizzando lo stato dell'Io Adulto permettiamo al paziente di capire che ciò che mantiene i sintomi è, frequentemente, la negazione di alcuni aspetti della realtà o la svalutazione delle sue reali possibilità di affrontarla.

In particolare attraverso le operazioni berniane, l'analisi delle transazioni ulteriori proiettive, degli Stati dell'Io, del sistema ricatto, dei giochi e del copione stimoliamo l'utilizzo dello stato dell'Io Adulto con l'obiettivo di permettere al paziente di vedere come la critica eccessiva proveniente dallo stato dell'Io Genitore ostacoli la possibilità di esprimere liberamente i propri vissuti e le emozioni autentiche emergenti dallo stato dell'Io Bambino. Inoltre lavorando sull'economia delle carezze aiutiamo questi pazienti ad accettare le carezze positive, rifiutare quelle negative, aumentare il numero e la qualità delle carezze positive che rivolgono a se stessi diminuendo quelle negative derivanti dall'autocritica (Steiner, 1974).

Attraverso l'utilizzo dell'approccio psicodinamico e relazionale analizziamo gli aspetti transferali e controtransferali che emergono proprio nella relazione con questi pazienti e che sono prevalentemente di tipo simbiotico. Utilizziamo in modo costante l'analisi dei nostri vissuti emotivi nei due aspetti di identificazione complementare, nel quale il terapeuta vive vissuti emotivi conseguenti alle proiezioni del paziente (per esempio il desiderio di "salvare" il paziente) e identificazione concordante, nella quale il terapeuta vive in modo speculare i vissuti emotivi del paziente (vive, per

esempio, la depressione se il paziente è depresso). Concordando con Bollas quando afferma che il paziente lo troviamo dentro di noi, riteniamo un processo costante nella terapia dei pazienti depressi, l'accesso ai nostri nuclei depressivi.

Utilizzando la relazione terapeutica ci muoviamo perciò in modo flessibile rispetto ai tentativi di richiesta di essere completamente accudenti verso di loro (BA), così come rispetto alle svalutazioni e ai rifiuti verso i nostri interventi (BR). In questa fase è utile aiutare il paziente a comprendere il significato del sintomo come creazione all'interno del suo copione, i vantaggi a livello intrapsichico e relazionale e le opzioni nel qui e ora. La creazione di una relazione sicura con loro ci permette, in una fase avanzata (deconfusione), di favorire il passaggio ad una relazione Adulto-Adulto solo attraverso l'analisi delle proiezioni e dei meccanismi di difesa arcaici.

L'analisi profonda del copione ci porta, infine, ad affrontare l'ingiunzione Non Esistere che è fondante rispetto alla problematica di queste persone. In genere per affrontare quest'ultima utilizziamo il modello dei Goulding per il trattamento della depressione. Infine valutiamo la possibilità di inserire questi pazienti nel gruppo quando hanno stabilito una solida alleanza con il terapeuta.

Il gruppo da un lato rappresenta, nel suo insieme, un grande genitore sostenente e protettivo realistico del quale i pazienti depressi hanno bisogno; dall'altro, la prospettiva della gruppo imago con l'analisi dei transfert analitici ed extra analitici consente di lavorare sui giochi, sulle transazioni ulteriori proiettive. E' opportuno sottolineare che, in ottica squisitamente neoberniana, l'analista transazionale opera favorendo un contesto nel quale il paziente possa giocare i suoi giochi. La perizia del terapeuta è di non farlo arrivare al tornaconto, cioè alla conferma delle convinzioni di copione.

Risultati

Inizialmente il cambiamento appare, in generale, nella sintomatologia. Le persone migliorano nell'umore, nella regolarizzazione delle funzioni corporee e nella cura esteriore di Sé. Dal punto di vista comportamentale sono più attivi sia nelle prestazioni sia nelle relazioni.

Successivamente notiamo un cambiamento nella qualità della vita e delle relazioni nel senso che, a seguito di nuove decisioni, si modifica la posizione esistenziale (Io+ Tu+) e pertanto il paziente aumenta il livello di

intimità con se stesso e con gli altri. Si riconosce positivamente ed è in grado di stabilire delle relazioni più gratificanti e più sane per lui.

Conclusioni

Il trattamento della depressione è spesso un lavoro lungo e complesso. Accogliere, accompagnare e stimolare il cambiamento in queste persone è faticoso ma anche stimolante e arricchente per i terapeuti oltre che per i pazienti.

L'Analisi Transazionale si è rivelata per noi un approccio efficace nel trattamento di questa patologia. Pertanto l'idea di poter condividere con i colleghi il nostro modus operandi al fine di sistematizzare un modello di trattamento scientifico specifico per la depressione ci ha molto entusiasmato. Ci piace pensare che questo possa essere solo l'inizio di un ricco confronto sul trattamento delle diverse patologie sia al nostro interno, in quanto analisti transazionali, che con l'intera comunità scientifica.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1999). DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson.
- BECK, A.T. (1978). La depressione. Torino: Bollati Boringhieri.
- BECK, A.T. (1987). Terapia cognitiva della depressione. Torino: Bollati Boringhieri.
- BERNE, E. (1968). A che gioco giochiamo. Milano: Bompiani.
- BERNE, E. (1971). Analisi Transazionale e psicoterapia. Roma: Astrolabio.
- BERNE, E. (1979). Ciao ... e poi? Milano: Bompiani.
- BERNE, E. (1986). Principi di terapia di gruppo. Roma: Astrolabio.
- BOLLAS, C. (1989). L'ombra dell'oggetto, Roma: Borla.
- ERSKINE, R., & ZALCMAN, M. (1979). The Racket System: A model for racket analysis. T.A.J, 9, 51-59.
- GABBARD, G.O. (1995). Psichiatria psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina.
- GOULDING, M. & GOULDING, R. (1983). Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale. Roma: Astrolabio.
- GUIDANO, V.F. (1988). La complessità del Sé. Torino: Bollati Boringhieri.
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., & CHEVRON, E.S. (1989). Psicoterapia Interpersonale della Depressione. Torino: Bollati Boringhieri.
- LABBROZZI, D. (1991). Il terapeuta e il paziente depresso: strategie di intervento, *Polarità*, vol. 5, n.1.
- LOOMIS M., & LANDSMAN S. (1980). Struttura maniaco-depressiva. TAJ X n.4, versione italiana (dicembre 1988) in *Rivista Italiana di Analisi Transazionale*, Roma: anno VIII, n.15.

NOVELLINO, M. (1991). *Psicologia clinica dell'Io*. Roma: Astrolabio.

NOVELLINO, M. (1998). *L'approccio clinico dell'Analisi Transazionale*. Milano: Franco Angeli.

NOVELLINO M. (2010). *Seminari clinici. La cassetta degli attrezzi dell'analista transazionale*. Milano: Franco Angeli.

SILLS, C., & HARGADEN, E. (2012). *Analisi transazionale: una prospettiva relazionale*. Torino: Ananke.

STEINER, C. (1974). *The Therapy of the three Basic Scripts: the therapy of depression in "Script people live"*. New York: Grove Press.

STEINER, C. (1999). *Copioni di vita*. Milano: La Vita Felice

“COME PIETRA... AL FONDO DI ME” (R. BARTHES)
LA DEPRESSIONE IN ADOLESCENZA: UN APPROCCIO
ANALITICO TRANSAZIONALE

Cristina Capoferri & Stefano Morena

Quando la malinconia scende su di noi all'improvviso, la nostra prima sensazione è di essere rinchiusi in un carcere. Il carcere non ha fori, o aperture, o finestre: non ci sono che mura, mura, altissime mura. Non c'è nessuna via d'uscita: nessuna via d'entrata. Siamo lì, e non vediamo nemmeno una pietra, perché l'occhio è fisso verso il nostro interno. Eppure, dentro quelle mura chiuse, la malinconia non smette di sgorgare, di fluire, di farci parlare, talvolta delirare". (Pietro Citati, 2005)

Abstract

Questo contributo si pone come iniziale riflessione sui molteplici aspetti della depressione in adolescenza. In esso si offre una cornice teorica di riferimento, se ne illustra il processo diagnostico, e un possibile piano di trattamento dal punto di vista analitico transazionale.

Abbiamo colto con interesse l'iniziativa dell'A.I.A.T. e del C.P.D. come uno stimolo per coloro che si occupano di età evolutiva, poiché la letteratura analitico transazionale sul tema è limitata.

Ci proponiamo pertanto di offrire un contributo iniziale. Ci auguriamo che si apra un dibattito in funzione di ulteriori sviluppi ed approfondimenti. Segnaliamo che questa riflessione nasce all'interno di un gruppo di ricerca costituito da I.T.A.C.A. (International Transactional Analysts for Childhood and Adolescence), in collaborazione con il dott. Benelli, con la presenza di psicoterapeuti di indirizzo analitico transazionale che lavorano con bambini ed adolescenti. Presentiamo ora una situazione clinica che ci introdurrà al tema.

Giovanni ha 17 anni e frequenta la terza classe di un istituto superiore. Quando si presenta ai colloqui il suo abbigliamento è stabilmente nero. Per tutta la durata degli incontri se ne sta rinchiuso nel suo pesante giubbotto.

La postura appare rigida. Esordisce affermando: “Spesso sto male, mi deprimi. Mi sono sempre sentito diverso, dalle elementari alle superiori. Mi sembra di vivere in una bolla. Mi sento strano.”

Giovanni proviene da una piccola frazione di montagna con pochi abitanti ed arriva in terapia, accompagnato dal padre, poiché non vuole più andare a scuola. “Il mattino non voglio mai alzarmi dal letto”. Ha già subito una bocciatura. Stare a casa lo opprime. Si descrive come uno che parla pochissimo anche con i suoi familiari. Spesso aggiunge di sentirsi fermo, come se fosse spento. A casa descrive un “clima aspro e acido”. Talora ha momenti in cui pensa tantissimo. “Certe volte sono infognato nei miei pensieri, altre sono molto depresso”. Ama suonare la chitarra classica in solitudine. Da poco ha abbandonato lo sport che praticava da anni. E’ alla ricerca di diverse compagnie amicali ma, sottolinea, non fa parte di nessuna di queste: “Il sabato sera vado in giro in moto e se trovo qualcuno mi fermo”. Il linguaggio appare ricercato. Il tono della voce è basso e monotono. Il contratto esplorativo iniziale tocca tre aree: “Primo, voglio sapere se sono un diverso, poi, se ho proprio un disturbo e poi come posso fare per trovare il modo di socializzare di più.”

1. Depressione e Adolescenza

“La depressione è tradizionalmente considerata un'alterazione dell'umore, caratterizzata da sintomi come tristezza, svogliatezza, astenia, pianto, caduta della concentrazione, indecisione, pessimismo, autosvalutazione, pensieri suicidari, ma anche da sintomi come senso di grandezza, iperattività, agitazione, loquacità. Inoltre, spesso è accompagnata da altri disturbi come: anoressia, bulimia, insonnia, ipersonnia, manifestazioni ansiose” (Ammaniti, 2002). Negli adolescenti, gli indicatori presentati compaiono raramente in un quadro completo ed esaustivo, con le modalità ricorrenti e stabili tipiche invece dell'adulto.

Risulta allora complesso stabilire una corretta diagnosi, discriminando i sintomi transitori tipici di questa fase di passaggio rispetto ad una insorgente patologia depressiva.

L'incontro quotidiano con adolescenti “fragili e spavaldi” (Charmet, 2008) nella scuola, nello studio d'analisi o nel lavoro di counselling familiare ci mette a contatto con ragazze e ragazzi le cui fasi alterne dell'umore oscillano tra sentimenti di colpa, vergogna, delusione, disistima di sé, ed emozioni di intensa agitazione, collera o trionfante onnipotenza.

Sono i giorni attraversati dalla noia e dalle “passioni tristi” (Benasayag & Schmit, 2004), che si alternano a fasi caratterizzate da sensazioni “a tinte forti”. Il nichilismo è l’ospite inquietante di questo tempo esistenziale (Galimberti, 2007) così come il sogno è, in questa stagione della vita, la spinta vitale al cambiamento (Fabbrini & Melucci, 1992).

Alcuni indicatori caratterizzano percorsi di vita difficili, ma essenzialmente evolutivi, altri segnalano invece trame esistenziali lacerate dal dolore malinconico.

Negli adolescenti, dunque, l’aspetto tipico della depressione può essere poco evidente e lasciare il campo a “equivalenti depressivi” (Ammaniti, 2002) che si presentano in modo altalenante e caotico.

La depressione adolescenziale “da un lato, nelle sue manifestazioni «fisiologiche», è fondamentale nella maturazione della personalità e nell’acquisizione di un senso di sé e del mondo sempre più duttile e articolato, con scenari adattativi di ciò che è reale e ciò che è sogno, di ciò che appare conseguibile e ciò che non appare tale. Dall’altro lato, nelle sue manifestazioni «patologiche» - nel continuum tra «normalità» e «patologia» [...] può interferire con le potenzialità evolutive individuali fino ad arrestarle, talora in modo brusco e drammatico, con ripercussioni sull’intero ciclo di vita successivo, sotto il profilo della realizzazione professionale, di quella affettiva e, più in generale, della progettualità.” (Nardi, 2004, p.650).

Ammaniti (2002), realizzando una sintesi tra i sintomi emergenti da una lunga serie di studi del settore segnala questi indicatori di una depressione adolescenziale:

“1) *rallentamento psicomotorio*, caratterizzato da un rallentamento della motricità, dell’ideazione, dell’espressione verbale e della percezione del tempo (questo sintomo è considerato da molti studiosi come la manifestazione più evidente e oggettiva di uno stato depressivo di base e sembra essere il segno più sicuro di una patologia depressiva);

2) *disturbi fisici*, che si presentano soprattutto sotto forma di anoressia nervosa e ipersonnia;

3) *stati emotivi di tristezza, melanconia, pessimismo e disperazione (hopelessness)* (anche se tali reazioni di ordine psicologico non si accompagnano sempre a un quadro depressivo);

4) *sentimento di noia e mancanza di interesse (anedonia)*;

5) *stanchezza fisica e senso di fatica (astenia)*;

6) *senso di impotenza e di inefficacia e morosità*, condizione peculiare di alcuni adolescenti, che si esprime in un rifiuto di investire nel mondo e nella convinzione che non c’è nulla che serva a qualcosa, ogni sforzo risulta vano;

7) *passaggio all’atto auto- ed eteroaggressivo*, rappresentato per esempio dall’assunzione di alcolici e di droghe, dall’eccesso di cibo, da comportamenti violenti, da tentativi di suicidio.” (Ammaniti, 2002, p.221)

Tra i fattori di vulnerabilità che possono ingenerare uno stato depressivo troviamo: un difficile processo di individuazione/separazione dalle figure genitoriali, la presenza di un attaccamento insicuro, rappresentazioni negative di se stessi e degli altri, familiarità alla sindrome depressiva, trascuratezza nel caregiver, eccessiva dipendenza, senso di incapacità e inadeguatezza.

Da un punto di vista epidemiologico la depressione adolescenziale riveste una grande rilevanza nella nostra pratica clinica. La sua incidenza all'interno della popolazione di riferimento nelle ricerche più recenti offre dati contrastanti proprio per la faticosa definizione della sindrome e per la mancata standardizzazione dei metodi valutativi. Nardi (2004), confrontando una notevole raccolta di studi caratterizzati da diverse modalità di accertamento, parla di una prevalenza, giudicandola sottostimata, che va dal 3 all'8 per cento.

I più comuni paradigmi di riferimento circa le possibili origini dell'esperienza depressiva sono riconducibili a tre grandi aree. La prima, quella neurobiologico-genetica, ritrova nell'alterazione funzionale del sistema nervoso e nelle evidenti ereditarietà le uniche cause generanti la disregolazione dell'umore (Kandel, Schwartz, Jessel, 1991). La seconda, quella cognitivo-comportamentale, rintraccia la comparsa della patologia depressiva in problemi psico-comportamentali all'interno di specifiche organizzazioni di senso, personalmente definite, ed attraverso assetti emozionali appresi nelle esperienze di attaccamento primarie (Lambruschi, 2004). La nostra scelta epistemologica va nella direzione di un terzo modello, che possiamo definire psicodinamico-relazionale ed evolutivo e che ora andremo a specificare.

2. Diagnosi

La nostra matrice clinica di riferimento si muove all'interno dell'impostazione neoberniana. Da essa mutuiamo i concetti tipici che appartengono all'Analisi Strutturale, a quella Funzionale e a quella più propriamente Transazionale (Berne, 1961). Nello specifico recuperiamo, inoltre, la visione di un'adolescenza come revisione fisiologica delle precedenti scelte copionali. Per quanto concerne, invece, una visione clinica dell'organizzazione depressiva inviamo per ulteriori approfondimenti a Novellino (1998).

Lo sfondo teorico e metodologico si arricchisce dei contributi relativi a Protocollo, Copione, Posizioni esistenziali ed Epicopione , rielaborati in un ottica evolutiva da Fanita English (English, 2010).

Più recentemente Maria Teresa Romanini (Romanini, 1999) aggiunge alla suddivisione strutturale dell'Io proposta da Berne anche la visione dello sviluppo temporale, proponendo il concetto di Io Reale e di Stadio dell'Io che permettono di leggere con un nuovo sguardo l'adolescenza. Un periodo esistenziale che viene letto come una "crisi di scelta tra i noti valori e limiti identificatori di copione e il rischio di una nuova identità a più ampio respiro, indicata al soggetto dall'aumento di energia psichica ed esistenziale e dal mondo psicosociale". (Romanini, 1986). Un periodo di transizione basato su "ripetuti Self-reparentings e redecisions fisiologici fino all'autoriconoscimento della propria responsabilità esistenziale quale persona umana adulta" (Romanini,1991).

Da un punto di vista operativo, l'incontro clinico con l'adolescente dalla forte caratterizzazione depressiva emerge anche dall'attenta lettura e studio degli innumerevoli single case raccolti e presentati da Munari Poda ne il Posto delle fragole (Munari Poda, 2012). Solo per citarne alcuni: la poetica Fleur (Le rose di Fleur,1999), la giovane Frieda (La mia Africa, 2003), l'adolescente Tristano (Sehnsucht: l'anima mia è triste fino alla morte, 2003) e la dodicenne Miriam (La ragazza del vento, 2001).

Quali gli strumenti concettuali dell'Analisi Transazionale che utilizziamo per descrivere la depressione?

Da un punto di vista intrapsichico è per noi fondamentale l'uso dell'Analisi strutturale attraverso le quattro diagnosi previste da Berne, con particolare riferimento alle coordinate comportamentali, alla dimensione sociale-relazionale di transfert e controtransfert, alla prospettiva storica e fenomenologica. Il Genitore critico dominante schiaccia il Bambino attraverso un dialogo interno distruttivo che ingenera un'impasse di particolare gravità. L'Adulto appare contaminato al punto da svalutare importanti dati di realtà ed è reso impotente in una delicata fase ricostruttiva. Il Bambino si dibatte tra un "non sarò mai in grado di" ed un "sono cattivo non merito di essere felice".

L'analisi delle Transazioni ci permette di evidenziare anche il senso e la filigrana dell'asimmetria tra le due generazioni che si incontrano nella stanza d'analisi: quella tra un terapeuta adulto e quella di un adolescente e ci consente di verificarne la qualità empatica e la profondità dei reciproci riconoscimenti.

Da un punto di vista evolutivo, nelle Posizioni esistenziali (IO- TU+), nell'analisi del Copione in formazione poniamo particolare attenzione agli elementi che lo compongono ed alla particolare fase di trasformazione cui assistiamo: limitanti ingiunzioni (Non esistere, Non godere, Non essere importante, Non tener conto dei tuoi bisogni, Non avere la tua età), precoci convinzioni (come la credenza di meritarsi un abbandono definitivo da parte del caregiver), che portano a decisioni di iperadattamento, astensione, agitazione o annullamento. Ascoltiamo attentamente l'emergere di sentimenti parassiti (tristezza, apatia e senso di colpa) a fronte di emozioni autentiche (rabbia e paura), alla ricerca di ruoli drammatici (Vittima che cerca un Salvatore) e a come tutto ciò si va strutturando.

In questo contesto di lavoro diviene predittore significativo anche le concreta possibilità di elaborare un contratto in tutte le sue espressioni, dal minicontratto esplorativo di seduta con il nostro diretto interlocutore, al contratto terapeutico in senso stretto, al multicontratto con gli adulti di riferimento dell'adolescente.

Quanto detto va declinato con un'attenzione fase specifica. Per l'adolescente, processo diagnostico e terapeutico sono molto più vicini di quanto sembri, poiché il desiderio di identificazione di una ragazza o di un ragazzo è quasi necessità vitale al fine di autoconoscersi ed autocostruirsi.

Pertanto nella stanza d'analisi

“all'interno di questa matrice relazionale, l'attenzione e la risposta (anche di astensione attiva) da parte dell'analista ai micro-segni, rivelano e attivano quei "microprocessi" che determinano operativamente il campo intersoggettivo e, da un punto di vista pragmatico, producono una ricontestualizzazione della memoria implicita dell'esperienza relazionale del piccolo paziente inscritta, e che si iscrive, a livello profondo, negli organi psichici.” (Attanasio, 2012, p.34).

Al terapeuta di adolescenti è richiesta una profondità diagnostica che si traduce anche nella “capacità di “vedere”, nella incompiutezza del presente, nei suoi dolorosi vuoti, eccessi e disorganizzazioni (anche dell'ambiente), ciò che è trattenuto dalle limitazioni di un copione stretto e non ancora rivelato, è percepito solo come disordine e dissonanza.” (Attanasio, 2012, p.35).

Per avvicinare, conoscere e riconoscere una qualsiasi sindrome depressiva non possiamo prescindere dai sistemi di classificazione diagnostica normalmente utilizzati in ambito clinico: DSM IV (1994) o ICD 10 (1990) nei quali tali disturbi sono inseriti e presentati con particolare attenzione agli aspetti descrittivi e alle loro caratteristiche cliniche. Questi sistemi nosologici ci offrono, però, una visione generale su tutto l'arco

esistenziale, senza prendere in considerazione lo specifico di alcune aree evolutive, come la prima e seconda infanzia o l'adolescenza.

Siamo consapevoli della loro utilità ed importanza, poiché alcuni indicatori depressivi tipici della popolazione adulta si riscontrano anche nella depressione adolescenziale, ma in qualità di psicoterapeuti dell'età evolutiva non possiamo fermarci ad essi.

Il sistema diagnostico PDM (PDM Task Force, 2006) ha diversi elementi che ci permettono un approccio che coniuga scientificità e traduzione operativa nella psicoterapia dell'adolescente. E' uno strumento che declina la ricca tradizione psicoanalitica delle dinamiche intrapsichiche e relazionali, l'approccio descrittivo del DSM, nonché i recenti contributi delle neuroscienze e dell'Infant research. Tale attenzione emerge, in particolare, nella sezione dedicata alla Classificazione dei disturbi mentali dei bambini e degli adolescenti. Nello specifico per bambini ed adolescenti, si recuperano Profili circa il funzionamento mentale (Asse MCA), Pattern e disturbi di personalità (Asse PCA), Pattern sintomatici e di esperienza soggettiva (Asse SCA). Tutto ciò in riferimento a compiti evolutivi fase specifici.

Il PDM risulta pertanto il nostro strumento diagnostico d'elezione, poiché in esso si coniugano armonicamente l'attenzione fenomenologica, i contributi della psicoanalisi infantile, della psicopatologia dello sviluppo e della psichiatria infantile. Tale cornice di riferimento è naturalmente l'area in cui ci muoviamo per giungere all'approfondimento clinico specificatamente analitico transazionale.

3. Trattamento

Nel predisporre un'ipotesi per il piano di trattamento, il terapeuta tiene presente, oltre che la fase evolutiva e le sue manifestazioni, il contesto di vita specifico di quell'adolescente e il contesto più allargato, oltre che la storia dell'adolescente e le sue modalità primarie di attaccamento.

In generale, condividiamo alcune aree di attenzione quali il "dar valore all'autonomia allo stesso modo che alla relazionalità; il porgere attenzione alla tensione dialettica interna al copione; l'ascoltare fantasie consce e inconscie e lavorare con le dinamiche vitalizzanti del transfert e controtransfert. Queste non sono categorie specifiche né una serie di tecniche, ma sono atteggiamenti e processi intrecciati e mutualmente integranti." (Cornell, 2010, p.47). Il trattamento tiene conto, inoltre, della

plasticità di questa fase della vita, dei cambiamenti evolutivi rapidi e spesso sorprendenti, delle potenzialità intuitive e creative di cui i nostri giovani pazienti sono dotati: “l’adolescente per l’eterogeneità dei processi di sviluppo, per la molteplicità dei possibili percorsi evolutivi, per l’instabilità degli schemi ideo-affettivi, richiede ancor più dell’adulto un intervento mirato e duttile” (Nardi, 2004, p. 667). Lo scopo è fornire all’adolescente un nuovo sguardo su di sé, attraverso la proposta di nuovi strumenti di gestione del suo mondo interno, in un periodo in cui stanno prendendo forma le “decisioni di sopravvivenza” (English, comunicazione orale, Milano, 2007).

3.1 Aspetti metodologici

La duttilità del piano terapeutico ha comunque degli aspetti metodologici indispensabili, che possono essere così sintetizzati:

- Costruzione dell’alleanza e Contrattualità
- Interventi sui permessi
- Self-reparenting e ridecisioni
- Interventi sui Meccanismi di sostituzione: dai sentimenti parassiti ai sentimenti reali
- Interventi sull’Epicopione
- Lavoro con i genitori

Costruzione dell’alleanza e contrattualità

I metodi e gli strumenti tipici del trattamento analitico transazionale vengono applicati in un’atmosfera emotiva (Vallino, 1998, 2009) accogliente nei confronti dei mondi degli adolescenti. Tra le proposte del terapeuta, accetteranno ciò che sarà loro più congeniale, ciò che darà forma alla loro angoscia e confusione, e se lo porteranno via, a rivitalizzare il loro mondo.

La terapia con l’adolescente ci richiede, in quanto terapeuti, “di coltivare le nostre capacità di immaginazione, poiché l’immaginazione rifiuta di conformarsi alla teoria ma ci offre una via d’accesso al linguaggio dell’inconscio, il quale è più verosimilmente espresso attraverso l’immagine e il simbolo. (...) Tale modello permette l’azione reciproca dell’immaginazione insieme alla comprensione concreta, attraverso un’esplorazione e un’analisi del regno intersoggettivo che descriviamo come relazione transferale” (Hargaden & Sills, 2002, p.22).

Il contratto e l’atteggiamento contrattuale del terapeuta lungo tutto il percorso sono elementi fondanti la terapia. Hanno effetti terapeutici

importanti, l'adolescente si sente visto, interpellato, valorizzato, e, soprattutto, contenuto.

Intervento sui permessi

Il terapeuta trasferisce, nella terapia con l'adolescente, i criteri di Maria Teresa Romanini circa l'individuazione dei permessi importanti in età evolutiva: "Se l'analista è sufficientemente sano, gode delle proprie occupazioni e il bambino recepisce l'informazione nella transazione A-A a livello sociale e insieme percepisce, in transazione G-B a livello psicologico, il «permesso di crescere», collegato all'altro «permesso di godere» e al «permesso di pensare e di volere»." (Romanini, 1997, p.464)

Self-reparenting e ridecisioni

Durante il percorso terapeutico, vengono individuate nuove figure potenti e identificatorie, appartenenti al mondo reale o fantasticato dell'adolescente, che possano mandare messaggi volti a contrastare ingiunzioni non sane, a fornire modelli integrativi e nuovi permessi. Il terapeuta rivisita la teoria del Self-reparenting di Muriel James (1974), alla luce del pensiero di Maria Teresa Romanini: "Il Self-reparenting, dunque, in età adulta parte spesso dall'Adulto, che conosce, paragona, valuta e fa proprie idee o comportamenti altrui, in modo consapevole e volitivo, anche per mezzo di successivi esperimenti sempre più adeguati per giungere alla migliore mediazione tra le necessità e le capacità cognitive presenti e i valori della memoria. Un confronto di attendibilità tra i nuovi stimoli e il vecchio sapere e/o saperi.

Accanto al Self-reparenting prevalentemente cognitivo, continua a esistere, lungo tutto l'arco della vita, il Self-reparenting prevalentemente affettivo-intuitivo del Bambino, per opera del Piccolo Professore, che ridefinisce le norme e i comportamenti del proprio ambiente (culturale, politico, familiare, religioso e così via)" (Romanini, 1993, p.230)

Per il terapeuta questo significa che anche con l'adolescente, così come con il bambino, è importante la relazione B-B, perché è al suo interno che vengono veicolati il piacere per la vita e la curiosità. E' stimolando il Piccolo Professore che si possono esplorare risorse spesso offuscate.

Interventi sui Meccanismi di sostituzione: dai sentimenti parassiti ai sentimenti reali

In *I meccanismi di sostituzione: dai sentimenti parassiti ai sentimenti reali* (1971), English individua tre momenti nella percezione del sentimento nella persona adulta: la *consapevolezza* interiore del presente (vedo e sento qualcosa di strano, sono spaventato, felice, in collera), *l'espressione del*

sentimento (attraverso l'atteggiamento e la parola manifesto il mio sentire), *l'azione* diretta verso qualcosa.

Così come quando era bambino, l'adolescente frequentemente non distingue questi tre momenti: coesistono in forma indifferenziata, l'azione è simultanea all'espressione e precede la consapevolezza.

Agli educatori English dà una serie di suggerimenti, molto utili anche al terapeuta dei bambini e degli adolescenti: prendere nota della propria esasperazione in quanto indice di presenza di ricatti, che non vanno presi di punta: restare ad osservare, cogliere l'occasione per incoraggiare, sostenere e rinforzare i sentimenti reali, anche quando appaiono inaccettabili. Può essere utile spiegare al bambino e all'adolescente che il fatto di esprimere un sentimento non significa necessariamente agirlo, in quanto lo si può controllare con l'Adulto. (English, 1971)

Intervento sull'Epicopione

In alcune situazioni, la depressione dell'adolescente è strettamente correlata con quella di un genitore. In questi casi il terapeuta è consapevole del rischio della *patata bollente*, descritta da Fanita English (1969, 2010). Secondo English “Il processo dell'epicopione ha luogo quando un “donatore” importante, lui medesimo coinvolto in un trauma irrisolto, passa una “patata bollente” (una sorta di dovere esistenziale a portare a termine un compito distruttivo) a un “ricevente vulnerabile” che si sente impotente o dipendente in relazione al donatore, come può essere un bambino” (English, 2010, p.227).

La presa in carico del problema dei genitori in un altro setting, in questi casi, è auspicabile.

Lavoro con i genitori

Nella terapia con l'adolescente, il lavoro con i genitori assume caratteristiche diverse rispetto a quello nel setting con il bambino. Fermo restando che l'alleanza con gli adulti di riferimento è un aspetto fondamentale (Sichem, 1991; Munari Poda, 1999), viene valutato caso per caso il tipo di percorso, se separato o con la presenza dell'adolescente. Particolare attenzione verrà prestata anche alla crisi esistenziale che normalmente attraversa una coppia genitoriale con un figlio adolescente. Un nuovo ciclo esistenziale coinvolge l'adulto, madre o padre che sia, che è chiamato a rivedere la propria strutturazione del tempo, ritrovando bisogni o limiti e a riscoprire nuove forme di realizzazione personale o di coppia (Romanini, 1986).

3.2 Atteggiamento del terapeuta

Il terapeuta mantiene un atteggiamento contrattuale, che contribuisce a fornire una base sicura e un contenimento all'adolescente. Egli non ha paura della paura, non fa da cassa di risonanza davanti alle manifestazioni e agli agiti, nella loro variegata gamma. Lavora con l'adolescente affinché individui spazi sani e protettivi per sé, oltre la terapia. Spazi che, a seconda della persona, possono essere la musica, la lettura, lo sport, e anche alcuni aspetti individuati e delimitati di Internet.

3.3 Valutazione del cambiamento

Il cambiamento può essere riconosciuto a due macrolivelli, sia all'interno del setting terapeutico che nei contesti quotidiani di vita dell'adolescente (scuola o lavoro, famiglia, gruppo dei pari, ecc.)

In particolare osserviamo:

- Il raggiungimento di un obiettivo contrattualmente condiviso.
- L'attenuazione e/o remissione di sintomi (psichici, corporei, emotivi, relazionali).
- I cambiamenti nella vita quotidiana, la ripresa dell'attività scolastica o lavorativa, la ripresa di uno stabile ritmo sonno-veglia o dell'alimentazione, il miglioramento di una vita sociale con relazioni a due o gruppal, l'attenuazione entro limiti accettabili del conflitto intergenerazionale, il risveglio di interessi ludici o della pratica sportiva.

In conclusione riteniamo fortemente significativo prima della chiusura di un percorso terapeutico che, da un punto di vista relazionale, si sia vissuta esperienza di un reciproco riconoscimento, adulto-adolescente. Un riconoscimento osservato nei contenuti espressi e nel processo terapeutico, in cui: "il consulente o terapeuta ha rappresentato e rappresenta una figura (per se stesso così come per il cliente), che sta lì non per qualche particolare obiettivo o esito, ma per il diritto alla vita stessa, e alla vitalità" (Cornell, 2010, p.50).

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Tr it. Masson, Milano 2002.

- AMMANITI, M. (2008). Introduzione alla parte II. Classificazione dei disturbi mentali di bambini e adolescenti, in: PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico. Milano: Raffaello Cortina.
- AMMANITI, M. (2002) (a cura di). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- ARIETI, S. & BEMPORAD, J. (1978). *La depressione grave e lieve*, Feltrinelli: Milano, 1981.
- ATTANASIO, S. (2012). Prefazione. In: D. MUNARI PODA, *Il posto delle fragole*. Milano: La vita felice.
- BARTHES, R. (2009). *Dove lei non è*. Torino: Einaudi.
- BERNE, E. (1961), *Transactional Analysis in Psychotherapy, a Sistemale Individual and Social Psychiatry*. New York: Grove Press. Trad it. (1971) *Analisi Transazionale e Psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- CAPPELLI, L., & CIMINO, S. (2002). *La depressione in adolescenza*. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, pp 217-247. Milano: Raffaello Cortina.
- CITATI, P. (2005). *Melanconia. Quel carcere senza nessuna via d'uscita*. in: La Repubblica, 15 ottobre 2005.
- CORNELL, W.F. (2010). Aspiration or Adaptation? Un Unresolved Tension in Eric Berne Basic Beliefs. *Transactional Analysis Journal*, 40, 3-4. Trad it. Aspirazione o adattamento ? Una questione irrisolta nelle credenze di base di Berne, in *Quaderni del Centro di psicologia e analisi transazionale*, 57, Milano: Edizioni la Vita Felice, 2012.
- ENGLISH, F. (2010). *It Takes a Lifetime To Play out a Script*. In R.G. Erskine (ed): *Life Scripts: a Transactional Analysis of unconscious Relational Patterns*, Londra, Karnac Books.
- ENGLISH, F. (1998). *Sentimenti ed emozioni*. In: F. English: *Essere Terapeuta*. Milano: La Vita Felice.
- ENGLISH, F. (1998). *L'epicopione e il gioco della patata bollente*. In: F. English: *Essere Terapeuta*. Milano: La Vita Felice.
- FABBRINI, A. & MELUCCI, A. (1992). *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*. Milano: Feltrinelli.
- GALIMBERTI, U. (2007). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli.
- HARGARDEN, H. & SILLS, C. (2002). *Transactional analysis: a relational perspective*. Hove: Brunner Routledge. Tr. It., *Analisi Transazionale: una prospettiva relazionale*, Torino: Ananke, 2012.
- JAMES, M. (1974). Self-reparenting: theory and procedures. *Transactional Analysis Journal*, IV, 3-4, 32-39.
- KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H., JESSEL, T.M. (1991). (Eds) *Principles of Neuro Science*. New York: Elsevier Science. Trad. it.: *Principi di neuroscienze*. Milano: Ambrosiana, 1995.
- LAMBRUSCHI, F. (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Torino: Bollati Boringhieri.
- LANZI, G., ALIPRANDI, M.T., BALLOTTILI, U. CHIAPPEDI, M., & PATI, A.M. (1994) (a cura di). *La depressione nel bambino e nell'adolescente*. Roma: Armando Editore.
- MARCELLI, D., & BRACCONIER, A. (1983). *Il problema della depressione*. In: *Psicopatologia dell'adolescente*, pp. 203-220. Milano: Masson, 1990.

- MUNARI PODA, D.(1999). Poesia e verità nella terapia con l'adolescente. Le rose di Fleur. In (2012) *Il posto delle fragole*. Milano: La vita felice.
- MUNARI PODA, D.(2001). La ragazza del vento. La storia di Miriam.. In (2012) *Il posto delle fragole*. Milano: La vita felice.
- MUNARI PODA, D.(2003). L'adolescenza accade. In (2012) *Il posto delle fragole*. Milano: La vita felice.
- MUNARI PODA, D., Ogni bambino è un gruppo, in *Rivista Italiana di A.T e metodologie psicoterapeutiche*, XIX,37, 1999.
- NARDI, B.(2004). La depressione adolescenziale. In Lambruschi F. a cura di. *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Torino: Bollati Boringhieri. pp 649-683
- NOVELLINO, M. (1998). L'organizzazione depressiva. In *L'approccio clinico dell'analisi transazionale* (pp.193-210). Franco Angeli: Milano.
- PDM TASK FORCE, (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Milano: Raffaello Cortina, 2008
- ROMANINI, M.T., Genitore come « strumento di relazione ». In (1999) *Costruirsi persona*. Milano: La Vita Felice.
- ROMANINI, M. T.(1997a), Il setting analitico transazionale nella psicoterapia dei bambini, in (1999) *Costruirsi persona*. Milano: La Vita Felice.
- ROMANINI, M. T. (1997b), Analisi Transazionale con i bambini. In (1999) *Costruirsi Persona*. Milano: La Vita Felice.
- ROMANINI, M. T. (1986). Parlarsi: genitori e adolescenti. In (1999) *Costruirsi persona*, Milano: La Vita Felice.
- ROMANINI, M.T. (1990). Proposta di un trattamento breve dei disturbi psicologici dell'adolescenza: il gruppo a tre genitori e figlia/o adolescente. In (1999) *Costruirsi persona*. Milano: La Vita Felice.
- SICHEM, V. (1991). Le multicontrat en thérapie d'enfants, in *Actualités en Analyse Transactionnelle*, XV, 60, 147-151.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginevra: WHO. Trad. it. a cura di D. KEMALI, M. MAJ, F. CATAPANO, S. LOBRACE, L. MAGLIANO (1992). *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche*. Milano: Masson.

IL MONDO MELANCONICO. ESPERIENZA CLINICA, DIAGNOSI, TRATTAMENTO.

Barbara Fabbroni

Psicologa Psicoterapeuta. Specializzata in Terapia Breve Strategica. Analista Transazionale Supervisore e Didatta in Training (P.T.S.T.A.-E.A.T.A.). Psicopatologa in Formazione. Scrittrice e Saggista.

Abstract

Questo articolo cerca di delineare un possibile protocollo per il mondo melanconico, costruendo un intervento psicodinamico volto alla risoluzione del problema. Il protocollo si basa su una congiuntura tra la teoria analitico transazionale classica, la teoria analitico transazionale psicodinamica e altri approcci terapeutici volti al Problem Solving. Questo articolo inizia con una descrizione della metodologia e dei suoi presupposti di fondo, prosegue offrendo una visione d'insieme del protocollo con le fasi d'intervento terapeutico per l'esperienza melanconica.

Introduzione

Il mondo melanconico

Molto si è scritto sul mondo melanconico. La letteratura in merito offre pagine ineccepibili da cui partire per un incontro clinico di cura che si prenda cura e abbia cura della persona. La clinica del mondo melanconico conduce a cogliere nella persona la caratteristica della perdita del mondo per poi riottenerlo; porta a ritessere i fili sulla riflessione di sé come persona in rovina ai margini del mondo; guida verso la costruzione di un percorso di scoperta del mondo intimo della persona paziente di là dalla sua colpa esistenziale; spinge a tramare la tela della trasformazione che, a volte, stenta a costruirsi; conduce a ricucire le ferite dell'esistenza mancata affinché ci sia un mutamento di sé.

Queste sono tematiche fondamentali per la cura dell'esperienza melanconica. Una cura che si preannuncia sempre ardua e facile alla caduta.

L'esperienza del mondo melanconico, come ben ci dice Schneider (1954), rinvia inevitabilmente alle angosce primordiali, dove c'è un sentimento di perdita. Questi aspetti primordiali sono aspetti del sé (Bambino) che rimangono legati all'oggetto insoddisfacente (Genitore) ed entrambi nell'esperienza melanconica sono repressi e incarcerati in un sentimento di rinuncia e di perdita.

La depressione può essere anche considerata come una destrutturazione dell'intenzionalità, dove la temporalità è incastonata in un passato pieno di colpe, un presente travolto dalle disgrazie e un futuro vuoto e nullificante (Jaspers, 1964). Nella melanconia c'è la perdita del sentimento dell'Io, quale coscienza dell'esistenza concreta (Jaspers, 1964) (Io non sono Ok, tu sei Ok, come organizzazione del tempo nell'uomo melanconico). Un sentimento di perdita dell'Io che richiama l'esclusione o la contaminazione degli Stati dell'Io.

La melanconia "è un fenomeno veramente singolare che l'individuo, pur esistendo, non può più sentire il proprio esistere. Il pensiero fondamentale di Cartesio: cogito, ergo sum, può solo essere pensato, non può più essere realizzato" (Jaspers, 1964, p.34).

È la crisi difettiva dell'esserci che diviene non esserci. I melanconici sperimentano un sentimento di non vivere, escludono la creatività del Bambino, si sentono una macchina, un automa, un senza nome, tant'è che l'Adulto è fortemente contaminato. Loro vivono una dimensione impersonale, dove c'è la perdita di sé (vissuto Archeopsichico), del mondo (vissuto Neopsichico) e dell'Altro (vissuto Esteropsichico), dove il Genitore è dominante.

È un vissuto, quello melanconico, organizzato su differenti gradazioni d'intensità dovuto alla contaminazione degli Stati dell'Io. È un vissuto dove si ritrova un sentimento di mancanza di sentimento poiché il Bambino è incarcerato in un buio profondo senza luce e via di uscita.

È un vissuto dove la persona sperimenta l'estraneità rispetto a se stessa, fino all'avvertire disperatamente di non esserci, potendo anche raggiungere e sorpassare un limite metafisico e porre le basi di quella totale metamorfosi verso l'essere del non essere in eterno (Barison, 1993), rappresentato dal "*délire de négation*" (Cotard, 1880).

Nonostante l'uso del concetto di perdita del sentimento dell'Io (o del Sé), Jaspers (1964) ha sempre sostenuto la comprensibilità della melanconia, che, a differenza della schizofrenia, non apparterebbe alla vita alienata.

La letteratura ci informa anche che il mondo melanconico è legato radicalmente alle esperienze della colpa (il Bambino vive la colpa), della rovina (il Bambino vive la rovina poiché il Genitore giudica ed è fortemente critico) e della trasformazione somatica peggiorativa (il Bambino per esistere ha come possibilità l'organizzazione di un'espressione sintomatica) che emergono primariamente all'evidenza del clinico, tanto che l'individuo, le vive come esperienze vissute, come vissuto proprio (Callieri, 1965, 1982).

Ecco, dunque, che il senso di colpa vissuto nel periodo infantile e il senso responsabilità sperimentato nell'età della fanciullezza, originano una spinta forzata verso l'autonomia. Il Bambino seguendo la spinta forzata verso l'autonomia prende decisioni significative che si incideranno nel suo *copione esistenziale*, tanto da dar vita ad un'immagine di sé volta all'impegno verso l'Altro, contando solo sulle sue forze, annullando totalmente i suoi desideri, i suoi stimoli e le sue motivazioni. In altre parole il Bambino cerca di evitare il proprio senso di solitudine dedicandosi agli altri, riparando così al Genitore Critico che impone e comanda, che giudica e non riconosce. Così da adulto la persona avrà un'immagine di sé perdente, indegno di essere amato, impotente. La persona che vive il mondo melanconico ha un sentimento rinunciatario verso l'Altro e il mondo, poiché deve solo contare su se stessa.

Nell'incontro con questo particolare e affannoso mondo è essenziale comprendere sia l'esserci del senso melanconico (il *Dasein*, la presenza depressiva che si evidenzia nell'organizzazione strutturale degli Stati dell'Io) sia il senso dell'esser così (il *Sosein*, il vissuto depressivo che si mostra nell'organizzazione funzionale degli Stati dell'Io).

Alla luce di questo sembra che lo Stato dell'Io Bambino “*si occulti e passi sotto il dominio dei pensieri tormentosi, dei propri temi*” (Tatossian, 1979, p.72). Nella melanconia una parte del Bambino, messo sotto autoaccusa, vive l'imposizione del Genitore. Lo Stato dell'Io Bambino è momentaneamente nascosto e non oppone difesa, immerso com'è nell'ombra nera. Così la persona avvolta nella spirale della melanconia subisce una vera scissione, come la chiama anche Tellenbach (1956), per cui una parte si contrappone all'altra, la giudica implacabilmente (il Genitore Critico).

Una frattura interna che si rivela ancora nel blocco dissociato dell'aspetto affettivo-emotivo: la depressione fredda o il sentimento della mancanza di sentimento di Jaspers (1964) (pensiamo alla perdita del sentimento che

sperimenta il Bambino). Ecco che l'ombra dell'oggetto che cade sull'Io, rappresenta la traccia dell'assenza nella memoria (Resnik, 1995): una traccia, che tende ad appiarsi nel lutto, ma che rimane in parte indelebile perché ogni lutto comporta sempre una perdita di parti del Sé, ciò che Resnik (1995) chiama efficacemente l'ombra del soggetto.

Il melanconico va, dunque, compreso nel suo vissuto particolare che conduce il clinico all'afferramento della sua strutturazione di personalità nonché delle funzioni che caratterizzano gli Stati dell'Io, dove si rintraccia la desolante perdita della speranza giocata nello stretto spartiacque della rinuncia, della rovina, della colpa tanto da vivere un'esperienza di profonda esclusione di sé nel mondo della vita e in relazione all'Altro. Rinuncia a sé, al mondo e all'Altro da sé. Rinuncia al senso stesso della propria fugace esistenza. Rovina inesorabile del proprio progetto di mondo. Colpa incisa nel proprio *copione esistenziale* che diviene *copione melanconico*. Così, in questo modo oscurato dalla notte, raggelato dal brivido freddo dell'inesorabile e inarrestabile caduta, la speranza naufraga ogni attesa in un buio impenetrabile.

Berne nel 1966 parla della depressione come una reazione dovuta alla scelta del Bambino di seguire un racket appreso dai genitori, che lo condurrà inevitabilmente a vivere una vita intrappolata all'interno di ingiunzioni nullificanti. Anche i Goulding (1978, 1979) focalizzano l'attenzione sulle ingiunzioni che sono trasmesse al bambino attraverso eventi di solito reali della vita quotidiana, così che siano introiettate all'interno de G1. Il trauma infantile derivato dalle ingiunzioni porterà il bambino a decisioni di copione di passività e d'incapacità a reagire, tanto da sentirsi in colpa se non rispetta le decisioni genitoriali. Una vita così ingabbiata produrrà nel Bambino, sentimenti di rovina conducendolo a rinunciare ai suoi desideri e alla sua stessa vita. Non ci sarà luce né tanto meno un progetto di vita soddisfacente.

“Sempre (...) l'anima si volge verso una luce che ancora non vede, verso una luce che ancora deve spuntare, nella speranza d'essere tratta fuori dalla sua notte, notte presente, d'attesa, notte che non può prolungarsi senza lasciarla in balia di tutto ciò che la trascina (...) alla dissoluzione” (Marcel, 1945, p.41).

Nel vissuto depressivo viene meno la “*memoria del futuro*” (Marcel, 1945), poiché il Bambino vivendo l'appello costante del desiderio e dell'ingiunzione genitoriale non potrà costruirsi un progetto verso il futuro, tanto che Minkowski (1933) ci ricorda che nel melanconico è afferrabile la disarmonia con il mondo, lo sconfinamento nell'Altro, la perdita dei passi

nel mondo della vita. La falce della depressione recide le speranze del Bambino che scopre il mondo, lo abita, ci costruisce relazioni sociali e intersoggettive, lo sperimenta, tramutandole in vissuti tragici, in naufragio, in perdita, in smarrimento del mondo. Gli orizzonti depressivi reclamano impetuosi la disperazione del Bambino che rivive la tempesta emotiva che lo travolge, spazzando via immagini di speranza, di parole, di desideri.

La declinazione melanconica è un vortice che travolge e immobilizza, inghiottisce ogni sorriso al futuro, dipingendo le sfumature e le cicatrici della “*maschera melanconica*” (Gozzetti, 1996), che si reclina in un *copione melanconico* con le speranze disperse in un deserto arso e struggente, dove non si avverte il profumo della rugiada il mattino.

Il mondo melanconico non ha primavere da vivere, nel suo mondo ci sono chiaroscuri che si confondono e intersecano con il buio dell’anima; non ci sono profumi, odori, sapori. C’è un Genitore Normativo (Critico) molto esigente e critico, un Genitore Affettivo proteso verso gli altri che porta a rinunciare a se stessi, un Adulto disfunzionale che non riesce a cogliere l’obiettività del qui e ora, un Bambino Libero privato dalle carezze che costruirà un sentimento e un comportamento volto alla costante rinuncia, un Bambino Adattato che si sente cattivo e vive il senso di colpa come unica possibilità per esistere. Tutto questo ci conduce a porre attenzione sulla relazione di attaccamento che il depresso ha sperimentato nella sua vita.

L’esperienza del mondo melanconico

Agnese è una giovane donna di trentacinque anni. Da sempre il suo mondo, è un mondo melanconico. Neppure la massiccia dose di farmaci riesce a dare colore e speranza alla sua vita. Giunge in terapia come se quella fosse l’ultima baia sulla quale il suo naufragio potesse arenarsi. Tuttavia, la tempesta emotiva cui è sottoposta non le offre l’opportunità di stare in quell’approdo. La paura di un nuovo e più consistente naufragio, la congelano tanto da porla sempre di fronte al *nul-la* della sua esistenza. La sua è un’*Erlebnis* che potremmo definirla come *nel nul-la esserci*.

“*Questa vita non è la mia vita, non è per me*”, mi dice Agnese, volgendo lo sguardo verso la finestra, mentre un timido raggio di sole le illumina lo sguardo incerto e privo di speranza. Una vita, la sua, bruciata dal silenzio nell’andirivieni dei suoi sospiri e dei suoi respiri. Il suo viaggio si è interrotto, il suo tempo esistenziale si è spezzato, ogni sua speranza, ogni suo desiderio si è inabissato. Agnese naufraga in un oceano vasto, dove non c’è più progetto, dove non c’è più mondo, dove non c’è più domani.

L'avvenire non le va incontro, non va più verso di lei, mentre il passato invade e soffoca ogni suoi frammento di progetto, trinciando di netto ogni suo più flebile speranza, come del resto accade a ogni persona che vive questa esperienza di vita. Agnese vive il naufragio di ogni suo desiderio, di ogni pur piccola speranza per un possibile domani. Il suo è un Bambino arreso, schiacciato dalla colpa e risucchiato dalla rovina.

Le parole mute, lo sguardo perso, il senso dell'esistenza si pietrificano di fronte allo sguardo orrido della rinuncia, che penetra inesorabilmente, lungo il perimetro del tempo di cui si avverte la durata consunta e tragica, fra le pieghe del silenzio, della perdita, della speranza. La pietrificazione seda il dolore, ma al duro prezzo di non vivere più.

Il dolore di Agnese, è il dolore di ciascun individuo che vive tracimando la propria vita. È il dolore infinito della vita smarrita che consuma nella sofferenza, che non riconosce senso, non ha luogo, né tempo, né sacrificio come aiutano a capire le riflessioni di Scheler (1983, 1913-1916).

Un giorno Agnese mi dice "tutto ciò che ho avuto, ho perso. Adesso, non voglio più nulla, non voglio più perdere nulla. Voglio stare qui senza nulla".

La disperazione che ha teso Agnese verso la privazione della speranza, diventa l'attesa silenziosa in un sospiro chiuso, privo di un'azione unificatrice o di sguardo che guarda, muto, incatenato dietro la porta chiusa del mondo, del quale non si fa più parte. Agnese vive la sua vita all'interno di una prigione trasparente, dove lo spazio è troppo piccolo, come i tempi, soffocanti, sempre troppo stretti, luci accecanti non illuminano i vissuti di tenue ombre, ma lanciano il possibile, lo sperabile in una corsa colorata di affannosa certezza. Il pieno non è colmo. È il vuoto. Il vuoto è freddo. Il freddo è impalpabile.

Nella melanconia depressiva i tempi vissuti, come gli spazi e il senso, si allontanano dal tempo del mondo (Welt-Zeit) e dal tempo relazionale, organizzando una strutturazione temporale particolare e inconsistente. Nella malinconia i tempi diventano privi di tempo, privi di ritmo, di pause e lo spazio. Lungo l'argine della tristezza il tempo si snoda in una corsa tendente ad annullare le distanze tra le parole, in un affanno che non conosce sosta, incapacità, impossibilità, pausa.

La melanconia è il buio e il suo silenzio nell'abisso.

L'infrangersi delle speranze e della speranza sugli scogli della realtà vissuta da Agnese, fa perdere l'alito vitale, d'intenzionalità e trascendenza verso un desiderio al quale nulla è possibile appellare: è il naufragare, nel quale non ha più senso cercare relitti su cui aggrapparsi.

È il lasciarsi andare e il non sperare più.

Agnese scivola nelle lacrime alternando lunghe pause a immagini di ricordi antichi, per lei ormai frantumati su una realtà priva di colori, suoni, profumi, ferma solo a un abbraccio autonomo e silenzioso, chiuso su di sé. Il manto nero della depressione l'aveva avvolta portandole del calore, ma levandole il suo sorriso, oscurando il suo sguardo, facendole perdere le parole.

Nella sua solitudine depressiva, gettata lontana in una quotidianità non sua, relitti di desiderio o di speranza, sospiri, che sembravano ostacolare la crescita dei fiori, mi chiesi se potessero invece offrire sosta allo sguardo assente e perso di una speranza smarrita.

Con lei ho vissuto la difficoltà di costruire una pur piccola via d'accesso. I nostri incontri hanno avuto un tempo silenzioso, dove il silenzio era disarmante parola. La difficoltà di cogliere e raccogliere semi di speranza per una possibile via di cura, mi faceva intravedere i rottami della sua vita dispersi nel sentimento gelido e pietrificante della depressione.

Vivere l'incontro clinico con Agnese è come osservare un giardino in silenzio, operandosi nell'esercizio del silenzio, il silenzio dei monasteri Benedettini. Un silenzio che richiama il senso del silenzio caro a Rovatti (1992). Con Agnese è importante offrire disponibilità, che permette al clinico di scrutare la solitudine di un fiore. Il fiore, quel fiore, è vivo, al contrario dello sguardo di Agnese apparentemente assente e immobile, incatenato dalla prigione della solitudine presente.

Il nostro cammino, un cammino terapeutico, spesso procede lungo il crinale dell'abisso dell'angoscia, sul quale ad ogni passo temiamo il precipizio. La speranza ci sorregge ogni volta che stiamo per scivolare, ogni volta che riemerge desolante la delusione e il pessimismo.

L'anelito che può condurre a costruire un percorso di cura insieme può essere scorto ascoltando l'abisso silenzioso. Il clinico deve saper cogliere il contenuto lieve e impercettibile ma presente anche in una speranza resa oramai attonita e persa dall'assenza delle parole, dall'essenza depressiva. Con Agnese è importante vivere il suo mondo in silenzio, dove la melanconia costruisce emozioni sottili e profondamente inafferrabili affinché sia costruito l'accesso al senso del suo mondo angosciante che la circonda.

La donazione (terapeutica) di senso, il punto dove l'esistenza di Agnese può agganciarsi a una nuova possibilità, è il luogo dove lei un tempo ha

perso le parole scivolando nell'abisso melanconico così che un nuovo respiro sia come una spinta verso un nuovo più accogliente orizzonte.

La pratica clinica con il mondo melanconico ha passi precisi, è come un sentiero che conduce verso nuove prospettive, dove si possa intravedere un nuovo arcobaleno. In realtà Agnese aiuta me a guardare verso l'arcobaleno che sarà per noi due, la meta verso una nuova, soddisfacente, reale vita vissuta.

I temi della melanconia. Diagnosi della colpa come rinuncia a sé nella totale rovina del suo mondo.

La diagnosi del mondo melanconico è ardua e al tempo stesso è un timbro che definisce uno spazio psicopatologico, cui, a volte, la persona si aggrappa come unica possibilità per esistere. Il colloquio clinico da avvio alla tramatura diagnostica, aprendo uno spiraglio da cui poter intravedere la tramatura della caduta psicopatologica.

Agnese, la giovane donna ingabbiata nel mondo melanconico, dove il senso di colpa è divenuto possibilità di esistere, racconta con parole amare questo suo mondo colpevole.

“Vedi in tutto questo tempo che siamo state insieme non sono mai riuscita a dirti cosa provavo dentro di me; adesso che ho bisogno di dividerlo con te, non nego il mio imbarazzo, anche la mia tensione, come se emergesse la vergogna ad impedirmi di dire ciò che sento il bisogno di dirti. Sai ho sempre perduto desiderato di diventare mamma. Poi gli uomini della mia vita a un certo punto, quando il desiderio di dare vita ad una vita era il nostro progetto di coppia, mi lasciavano senza un perché, senza un reale motivo. Questo ha segnato la vita. ho sempre pensato che in fondo come potevano vivere con me, avere fiducia in me, se anche i miei genitori non hanno mai provato a conoscermi, a vedermi. Non ho mai provato un dolore così straziante. Vivere e costruirsi un mondo melanconico è stato per me essenziale.

L'unica possibilità di riuscire a sostenere il peso di tutto. Avevo perso e quotidianamente perdevi la dignità verso me stessa. Mi sentivo in colpa. Era una caduta vertiginosa verso il nulla”.

La colpa di Agnese ha costruito in lei un timbro inequivocabile del mondo melanconico, sia si tratti di colpa verso se stessa, colpa verso gli altri, colpa verso la vita, colpa verso i propri stessi desideri, colpa verso il proprio corpo, colpa di esistere (Di Petta, 2003).

Nella relazione clinica con lei mi chiedo quale modalità ha organizzato in sé per vivere la colpa? Com'è possibile rintracciare nel suo *copione melanconica* l'origine della sua colpa? Quali ingiunzioni genitoriali hanno forgiato il suo essere melanconico? Quali bisogni mancati ha sperimentato Agnese? Che cosa ha deciso nella sua età bambina?

Agnese mi offre, ogni volta che ci incontriamo, la sua sofferenza, come se fosse un dono attraverso il quale io posso impercettibilmente giungere a lei. La sua sofferenza profonda, negata, derisa, incolmabile. Agnese è avvolta dalla spirale della colpa così che rinuncia a vivere, a sperare, a costruire la sua vita. Lei si pensa ormai legata all'abisso da cui non potrà più riemergere. Agnese è fuggita dal mondo, si è chiusa nella sua casa in attesa che la lama tagliente della punizione la trovi e fenda così la sua vendetta.

Il senso di colpa di Agnese si ricongiunge con il suo vissuto emotivo. Un vissuto emotivo che ha una storia antica, che appartiene alla sua esperienza nel là e allora.

Agnese pone di fronte al clinico gli aspetti esistenziali del suo bisogno mancato. Aspetti che emergono dall'analisi del suo *copione melanconico*:

- L'attaccamento allo spazio e al tempo che lei ha organizzato nel suo piccolo mondo in penombra (Non essere intimo).
- Una strutturazione temporale subita nel suo non essere (Non esistere).
- Il bisogno assoluto di raggiungere un accordo con il mondo, con l'Altro e con se stessa (Non sentire).
- Una difficoltà al cambiamento (Non farcela).
- Un sentimento di non aver fatto abbastanza per gli altri (Non riuscire).
- Il timore di contravvenire alle regole e norme sociali passivamente impressi sulla coscienza (Non essere te stesso).
- La consapevolezza della propria fallibilità (Non farcela).
- L'inconsistenza della sua esistenza (Non esistere).
- Una colpa secolarizzata (Non essere te stesso).

L'analisi della strutturazione del sentimento di colpa melanconico nella sua organizzazione di personalità è solo soggettivo, nasce autonomamente, si dà come qualcosa di pre-tematico cercando solo in un secondo momento il tema.

“Nella mia prospettiva la melanconia si determina innanzitutto come colpa mostruosa, radicale, immotivata, estendendosi lungo tutto il fronte dell'operabile, e che per questo suo estendersi converte l'operabile in inoperabile. Il problema è tuttavia questo: di che, senza saperlo, il melancolico porta colpa? L'unica risposta soddisfacente è: il melancolico porta colpa non già di questo o di quello (le motivazioni deliranti che

affiorano alla coscienza sono secondarie), ma di vivere il crollo dell'ethos del trascendimento, di essere in questo crollo, di essere trascinato dal mutamento di segno del doverci essere nel mondo, del non potersi porre, in nessun momento del vivere, come centro di decisione e di scelta secondo valori intersoggettivi....la coscienza melanconica è intrinsecamente destinata a non trovare che motivi fittizi della propria melancolia, proprio perché essa è, nel suo intrinseco, perdita della motivazione su tutto il fronte del motivabile: essa porta colpa di questa perdita, è questo perdersi in quanto pura colpa che coincide con la vita, che è il crollare dell'ethos del trascendimento che si dispera del proprio crollare e del non poter mai arrestare la catastrofe con il puntello di una sola motivazione autentica” (De Martino, 1977).

L'esperienza della colpa non si conclude mai (Callieri, 1971, 1972), poiché è incisa nella storia del suo mondo Archeopsichico, tanto che il Bambino è continuamente teso alla ricerca attiva di colpe da un passato che esso stesso viene vissuto come colpevole. Colpevole della sua presenza nel mondo, della sua esistenza, della sua capacità di esserci ed esistere.

Il Bambino è in eterno conflitto tra un aspetto maniacale di sé (Ti farò vedere io; io sono buono) e un aspetto melanconico arrendevole (Sono cattivo; non esisto, non riuscirò mai). Tanto più in Agnese è presente un Adulto che svaluta l'importanza degli stimoli e che è contaminato dall'idea che i problemi non possono essere risolti. Il Genitore si scinde su due fronti, un Genitore Grandioso (Tu puoi fare qualunque cosa) e un Genitore Punitivo che castra qualsiasi possibilità di riuscire (Ma non lo farai mai abbastanza bene da potermi soddisfare). La dicotomia tra i due aspetti del Genitore vissuti separati, porta in Agnese una conflittualità, dove prevale in senso di colpa per non essere stata capace a soddisfare il Genitore.

“Questo essere-nella colpa, che è poi l'esserci autentico del depresso, possiede in modo talmente intrinseco il connotato dell'”essere” che ci consente di reperirne il più intimo significato in quell'ambito che chiamiamo colpa ontologica ... che rimanda direttamente ad un peculiare modo di esperire la morte del depresso, che è morte ontologica” (Callieri 1972, 2003).

Così Agnese vive la sua rovina. La rovina è nella mente di Agnese non solo vissuta nel qui e ora, ma considerata in grado di compromettere il futuro della sua vita (Tu puoi fare qualunque cosa. Ma non lo farai mai abbastanza bene da potermi soddisfare). Una rovina che la condurrà a rinuncia alla sua stessa possibilità di vita.

Analisi strutturale e funzionale del mondo melanconico

Senza dubbio ciò che si coglie nel mondo melanconico di Agnese, è la presenza di una fissità dei vissuti all'interno dei suoi Stati dell'Io, che contrasta con tutto ciò che la circonda, lei a questo ne è del tutto indifferente. Questa è la decisione che Agnese ha preso e su cui ha organizzato il suo *copione melanconico* poiché è l'unica maniera che lei ha di pensare a sé e al suo essere nel mondo. Il suo essere nel mondo si rintraccia nel suo *copione melanconico*, la sua vita è avviluppata intorno al nucleo del suo *copione melanconico* che appare essere il contenitore del suo dramma melanconico.

I contenuti che emergono dal suo *copione melanconico* riconfermano la sua impossibilità di cambiare. Il *copione melanconico* si costituisce come conferma ma anche come unica possibilità di affrontamento del tormento fondante della depressione che è il vissuto della perdita, non solo di qualcosa che si aveva, ma soprattutto di qualcosa che si era o si poteva essere.

Agnese vive così il suo mondo all'insegna della colpa o della rovina e non v'è posto per null'altro che questo. L'impossibilità a distogliere Agnese dal suo *copione melanconico* porta il clinico a viverci la sua fallibilità. È grazie a questo sentimento vissuto nel setting di fallibilità che l'accesso impenetrabile al mondo melanconico diviene possibile. È nello stretto spartiacque dell'inaccessibilità e della fallibilità che si può intravedere uno spiraglio per accedere al mondo sommerso di queste creature perse.

Ogni esperienza melanconica raccoglie preziosi frammenti della vita interiore del paziente e del suo modo d'intenzionarsi e di vivere le relazioni oggettuali, così che il clinico entra in questo incontro alla deriva tirando una piccola fune alla quale forse il paziente può provare ad aggrapparsi.

Per Callieri (1994), così come per Borgna (1992), la questione primaria che si ripropone alla riflessione clinica sulla melanconia è proprio la "*mancanza del con-esserci*", la chiusura alla dimensione al dialogo, la solitudine radicale.

Questo restringimento delle possibilità esistentive è così marcato e irriducibile che "si ha talora la sensazione inquietante che nella depressività psicotica il paziente non solo si allontani del mondo, ma perda il mondo in una desertificata e implacabile cancellazione di ogni intenzionalità" (Borgna, 1992).

A livello controtransferale è questo lo scoglio più difficile da affrontare, che ha spinto tanti autori a considerare l'autismo depressivo come una

situazione di chiusura intersoggettiva molto più marcata di ogni forma autistica schizofrenica.

Così Agnese si presenta come una “maschera triste, apatica e atonica...che vede un mondo piatto e grigio, privo di colori e di calore, privo di rilievi, di densità emotiva e affettiva” (Resnik, 1986).

Un possibile protocollo d'intervento per la cura del mondo melanconico

Sistematizzare una linea guida per poter accedere al mondo melanconico e co-costruire insieme, clinico e persona paziente, un itinerario di cura, è assai difficile, poiché ogni esperienza melanconica ha le sue radici, il suo inafferrabile significato, la sua direzione, la sua marginalità, ma soprattutto la sua impenetrabile colpa.

Ben sappiamo che l'organizzazione di personalità della persona affetta dalla dimensione esistenziale della melanconia ha in sé tre caratteristiche tematiche rintracciabili in ogni mondo melanconico. Rinuncia, rovina, colpa, sono le radici fondanti l'esperienza melanconica che si incastonano nello Stato dell'Io Bambino.

“La mia melanconia è come un manto caldo che mi avvolge - mi racconta Agnese - mi fa sentire al caldo. Non riesco a vedere oltre quel manto, ma senza di esso, potrei rivelare me stessa al mondo. Questo a me fa un'infinita paura”.

Le parole di Agnese raccontano la sua condizione umana, la definiscono e la esprimono. L'idea di organizzare un possibile protocollo si fa tuttavia necessario. Sono convinta che possiamo individuare dei passi semplici da seguire. Passi facilmente applicabili a ciascuna persona nel pieno rispetto della sua individualità. Sono convinta che sia significativo nella cura del mondo melanconico:

- 1) Identificare bene la natura del problema nucleare (rinuncia, rovina, colpa).
- 2) Valutare la modalità di attaccamento che ha sperimentato nella sua esperienza di bambino/a la persona paziente.
- 3) Co-costruire con la persona paziente un'immagine chiara e definita delle problematiche interpersonali e intersoggettive, suscitate dal problema nucleare della sua melanconia (rinuncia, rovina, colpa).

- 4) Valutazione attenta della strutturazione dei suoi Stati dell'Io al fine di individuare le rappresentazioni internalizzate e inconscie dei tre Stati dell'Io e le dinamiche intersoggettive in relazione all'Altro.
- 5) Stimolare e motivare la persona paziente a esplorare la possibilità di modi alternativi di sentire e pensare (*“giocando con una realtà interna ed esterna nuova”*).
- 6) Utilizzando attivamente la funzione di transfert per portare allo scoperto la modalità di relazionarsi tipica della persona paziente.
- 7) Valutare la capacità della persona paziente di essere consapevole delle sue esperienze e dei suoi vissuti.
- 8) Valutare la vulnerabilità della persona paziente sulle modalità primitive di esperire la realtà interna che, a loro volta, minano la capacità di risolvere le difficoltà interpersonali.
- 9) Assicurarsi che il processo terapeutico (di consapevolezza della sua struttura e organizzazione copionale) sia oggetto di riflessione, ridecisione e consolidamento.
- 10) Verso la fine del trattamento, decidere con la persona paziente la rilettura a ritroso della sua storia dando così ai suoi vissuti una collocazione adeguata al fine di ridecidere nuove e più soddisfacenti decisioni.

Questi passi per l'organizzazione di un possibile trattamento vanno radicati anche all'interno di altri aspetti da valutare con attenzione:

- 1) L'impatto delle esperienze infantili precoci, e non solo (pensiamo alla psicologia prenatale e all'esperienza che il feto fa nel suo mondo in utero), sul funzionamento e l'organizzazione degli Stati dell'Io, con particolare attenzione ai processi di attaccamento (anche a quelli uterini) e al significato dei modelli mentali delle relazioni che iniziano a nascere sin dall'esperienza della vita in utero (pensiamo ai lavori neuro scientifici degli ultimi anni).
- 2) Il dialogo interno tra i vari Stati dell'Io che organizzano i pensieri informando la nostra percezione di noi stessi nelle relazioni con gli altri. Un dialogo interno modulato anche dal riconoscimento, dall'autoriconoscimento e dall'esser riconosciuto.
- 3) L'esistenza di una dimensione inconscia dell'esperienza che costituisce una spinta motivazionale, uno stimolo ad andare verso.

- 4) I processi inconsci di proiezione e introiezione che sottostanno all'esperienza soggettiva delle relazioni.
- 5) Analisi sull'organizzazione del copione esistenziale e sulle decisioni di copione.
- 6) Il senso del transfert, attraverso il quale le persone pazienti rispondono agli altri e al terapeuta secondo modelli precisi di essere in relazione che appartengono alla propria individuale, unica storia di vita.

L'idea di un protocollo sull'esperienza melanconica nasce dall'osservazione che le persone pazienti che sperimentano un'esperienza malinconica mostrano una significativa difficoltà anche nelle relazioni intersoggettive con l'Altro. Alla base di un'esperienza melanconica vi è sempre un disturbo relazionale che la persona paziente non può comprendere (o che comprende in modo distorto) attribuendo a se stesso e agli altri motivazioni improbabili o inutili. Aiutare la persona paziente a trovare il sentiero verso un possibile cambiamento, conduce ad affievolire i sintomi depressivi e a trovare una buona risoluzione ai suoi problemi interpersonali.

Lo scopo di un protocollo d'intervento per il mondo melanconico è quello di migliorare le capacità di mentalizzazione della persona paziente e rienergizzare i suoi Stati dell'Io. Esistono studi in letteratura che evidenziano la connessione tra la sofferenza infantile (che può avere effetti deleteri sull'attaccamento) e la vulnerabilità alla depressione in età adulta (Brown & Harris, 1978, 1989).

Le esperienze di attaccamento determinano l'organizzazione di un copione esistenziale, dove si possono rintracciare le sofferenze vissute dall'individuo e dove si ritrovano le esperienze di sé preriﬂessive (Fonagy & Target, 2000). Le mancanze affettive e i dolori vissuti in età infantile minacciano il senso d'integrità del Sé incarnato. Similmente, l'intensità delle preoccupazioni riguardo al futuro e il potere schiacciante del senso di colpa associato a esperienze passate implicano una perdita sostanziale della prospettiva simbolica, a causa della quale il pensiero assume una forza effettiva e indiscussa. In assenza della capacità di riflettere sull'esperienza, il dubitare di sé si trasforma in un attacco persecutorio irrisolvibile e costante all'autorappresentazione. Nella cura del mondo melanconico il terapeuta ha i seguenti obiettivi:

- 1) Aiutare la persona paziente a comprendere il legame tra i suoi sintomi attuali e ciò che sta accadendo nelle sue relazioni attraverso l'individuazione di un modello relazionale nucleare, inconscio e ripetitivo, che è incarnato nel copione esistenziale.
- 2) Incoraggiare la persona paziente a riflettere sulla dinamica che hanno i suoi Stati dell'Io in relazione a certe situazioni o semplicemente nel quotidiano vivere. Aumentare nella persona paziente l'abilità nel gestire le difficoltà interpersonali attraverso la consapevolezza di ciò che accade nel suo dialogo interno tra i suoi Stati dell'Io.
- 3) Aiutare la persona a svelare la trama del suo copione esistenziale.

Ho pensato all'organizzazione di un protocollo d'intervento centrato su quattro fasi specifiche e ben organizzate:

- 1) Una fase d'incontro, d'ascolto, d'accoglienza, d'alleanza. Questa prima fase è centrata sull'incontro e la costruzione di una solida alleanza terapeutica. È un momento delicato, dove il terapeuta deve saper modulare bene ogni passaggio. In questa fase i sintomi melanconici emergono nella piena manifestazione sintomatica. Il terapeuta, dovrà identificare le relazioni più importanti, sia attuali sia passate, per la persona paziente, dovrà valutare la strutturazione e la funzione dei suoi Stati dell'Io, nonché dovrà stabilire con la persona una buona empatia. Il terapeuta avrà l'arduo compito di sviluppare una forma di relazione sana e bilanciata, dovrà far comprendere alla persona paziente i processi chiave impiegati nel mantenerla.
- 2) Una fase centrale di attraversamento del mondo melanconico. In questa fase, il terapeuta aiuta il paziente a rimanere focalizzato sul suo obiettivo e progetto di cura, cerca di elaborare nuovi modi per risolvere le sue difficoltà interpersonali. Il terapeuta dovrà incoraggiare e sostenere la persona paziente affinché si renda conto di ciò che accade dal punto di vista psicologico sia all'interno dei suoi Stati dell'Io, sia in quella degli altri, sia nelle interazioni significative. La consapevolezza sul suo funzionamento psicologico condurrà terapeuta e persona paziente verso una spiegazione-

interpretazione del mondo della persona paziente al fine di cogliere le tramature del suo copione esistenziale.

- 3) Una fase di arrivo. In questa fase è importante condurre la persona paziente a esplorare la sua esperienza affettiva, valutarne il significato non consapevole, valutare i risultati raggiunti fin lì del percorso di terapia, aiutare la persona paziente a gestire il suo copione esistenziale al fine di anticipare e gestirle future difficoltà-vulnerabilità.
- 4) Una fase di apertura al mondo della vita. L'apertura al mondo permetterà di compiere l'ultimo atto di cura, in cui la persona, in virtù del suo *essere nel mondo*, sperimenterà la sua concretezza di senso, abitando il mondo. Quel mondo che in un primo tempo è stato un mondo frantumante, mancante, insoddisfacente. Un mondo, dove la persona non riusciva a trovarsi e collocarsi se non con la propria esperienza melanconica. Nel momento in cui la *persona paziente* si aprirà al mondo della vita, ciò che è accaduto nel “*cortile della cura*” (Fabbroni, 2011, 2012, 2013) sarà un vissuto significativo che come un compagno di viaggio l'accompagnerà nel mondo della vita.

1° Fase Partenza (Indagine)	Fase dell'Alleanza- Accoglienza (Dipendenza)	Essere al mondo Essere con l'Altro	Relazione Comunicazione Strutturazione dell'intervento di cura Tecniche terapeutiche
2° Fase Attraversamento (Ristrutturazione Ridefinizione)	Fase della Decontaminazione Deconfusione Ascolto-Accompagnamento (Controdipendenza, Indipendenza)	Dal Chi sono al Cosa sono	Vissuto Storico Vissuto Sociale Esperienza Comportamentale Esperienza Fenomenologica Tecniche terapeutiche
3° Fase Arrivo (Ridecisione)	Fase del Copione Esistenziale Copione Culturale Copione Narrativo Ascolto-Accompagnamento (Interdipendenza o Dipendenza Funzionale)	Narrazione di Sé Autentica, Integra e Integrata	Ri-apprendimento Tecniche terapeutiche
4° Fase Apertura al mondo	Fase del Senso dell'Esistenza, Appartenenza	Senso Etico della vita	Cristallizzazione Ri-nascita Ri-uscita Tecniche di conclusione della terapia

GRIGLIA DELLE FASI DELLA TERAPIA - © B. FABBRONI, 2010, 2011

All'interno di queste quattro fasi d'intervento è importante che il terapeuta mantenga un atteggiamento centrato nel qui e ora, così da stimolare lo Stato dell'Io Adulto della persona paziente. Stare e mantenere un atteggiamento centrato nel qui e ora è importante poiché: permette alla persona paziente di stare nella situazione attuale sentendo e percependo qui ora ciò che sta vivendo e sperimentando. L'attenzione del terapeuta è di essenziale importanza, poiché è importante cogliere lo stato emozionale del paziente durante la seduta, in modo tale da renderlo consapevole. La consapevolezza del suo stato emozionale porterà la persona paziente a riconoscere le proprie emozioni, i propri sentimenti, senza negarli o tanto meno soffocarli. Il riconoscimento dei propri sentimenti porta al riconoscimento dei propri bisogni, questo svilupperà l'autoconsapevolezza e l'autocomprensione di sé.

Il terapeuta

Eric Berne (1966/1986) ha suggerito che “è importante per lo psicoterapeuta avere un po' di dimestichezza con la terapia esistenziale, la terapia della Gestalt, la terapia junghiana e lo psicodramma” (p.26), tutto questo promuoverà un orizzonte ampio e accogliente per la cura della persona paziente.

Il terapeuta dovrà esplorare le difficoltà attuali nella vita del paziente oltretutto avere pieno rispetto e comprensione del suo mondo intimo e dei suoi vissuti infantili. In questo modo il paziente può essere aiutato a rendersi conto che sta lavorando su difficoltà che può effettivamente modificare. È importante l'uso attivo della relazione persona paziente-terapeuta finalizzato ad aiutare il paziente a esplorare la relazione di transfert.

È importante che il terapeuta si ponga verso la persona paziente con un atteggiamento coinvolto ed empatico. Entrambi dovranno collaborare attivamente co-costruendo insieme un percorso co-condiviso. Il terapeuta è esplicito riguardo alla sua comprensione dei problemi del paziente, discute apertamente e controlla con lui la formulazione e la elabora congiuntamente a lui. Il fine è di creare l'opportunità per il paziente di partecipare attivamente all'individuazione e alla comprensione di un percorso di terapia.

Se il paziente mette in discussione la comprensione del terapeuta o la sua percezione del trattamento, il terapeuta risponde in modo non difensivo, fornendo una descrizione chiara e non ambigua di com'è arrivato alle sue conclusioni. Lo scopo è essere il più possibile trasparente rimanendo in

sintonia e cooperando con il bisogno del paziente di controllare il terapeuta attraverso processi proiettivi.

Il terapeuta si pone in una posizione di ascolto e accoglienza, ma nello stesso tempo di curiosità (Stato dell'Io Bambino del terapeuta): quest'atteggiamento dà la priorità all'esplorazione comune degli Stati dell'Io della persona paziente.

Prendersi cura e aver cura dell'Altro, che si pone di fronte al nostro sguardo clinico, qualunque sia la forma psicopatologica, dove è imprigionato, presuppone un *fare* e un *essere-con* che si apre all'incontro non solo dell'Altro in quanto persona paziente, ma anche di visioni teoriche che arricchiscono la conoscenza del terapeuta.

Per lavorare al fine di risolvere il problema, il terapeuta può utilizzare anche delle tecniche specifiche per ciascun momento della terapia. Le tecniche terapeutiche sono una sorta di "*scatola degli attrezzi*" lungo tutto il sentiero della *cura*. Aprono una possibilità laddove la resistenza al cambiamento, e non solo, è dura da sciogliere e trasformare. Rappresentano uno strumento utile e duttile per accedere alla storia interiore di vita della persona paziente svelandone il suo intreccio narratologico nella gravidanza del suo *copione esistenziale*. Le tecniche utilizzate permettono alla persona paziente di mantenere un sottile legame con il "*cortile della cura*" (Fabbroni, 2011, 2012, 2013). Questo sottile legame si presenta come un ancoraggio a un possibile porto, dove l'individuo può iniziare, a piccoli passi, a muoversi verso un territorio fatto di micro mete e micro obiettivi, dove ritrovarsi.

Con le tecniche terapeutiche il soggetto sperimenta in presa diretta un motus animi che sottende e costituisce la sua storia interiore di vita, il suo progetto esistenziale, il momento esistenziale, dove è situato. Ricordate sempre che con le tecniche terapeutiche il terapeuta non rinuncia al fatto di comprendere e spiegare le condizioni che hanno reso possibile il dipanarsi del mondo psicopatologico nella persona paziente, bensì promuovono un contatto, un disvelamento, una presa diretta del malessere, cogliendone la soggettività, che, come ci ricorda Husserl (1959), non può essere da nessuna scienza oggettivata.

Nel viaggio con le tecniche terapeutiche è importante non perdere di vista il discorso emozionale del corpo, dei volti e degli sguardi, territori e luoghi dove si orchestra il primo significativo incontro intersoggettivo con l'Altro.

È importante aiutare la persona paziente in tutto il percorso processo di terapia a mantenere un ancoraggio non solo intrecciato all'interno di una

soddisfacente alleanza terapeutica, ma anche mediata da tecniche terapeutiche che permettono di attualizzare, nel quotidiano vivere, esperienze importanti di piccole e significative trasformazioni. Le tecniche terapeutiche sono studiate per offrire sia al terapeuta sia alla persona paziente di co-costruire insieme una mappa nautica, affinché, il navigare insieme sia costruttivo, trasformativo e nutritivo; inoltre permettono di promuovere importanti cambiamenti attraverso un fare mediato dal tempo proprio della persona paziente. Nel lavoro con le tecniche terapeutiche è fondamentale avere la consapevolezza che l'attenzione e il dovere etico del clinico deve essere un coesistere con la sua conoscenza teorica al fine di non nuocere, ma di promuovere nel soggetto una significativa trasformazione verso il benessere.

L'atteggiamento, l'obiettivo, la procedura deve essere in stretta assonanza con la migliore tradizione delle antiche arti della guarigione (Berne, 1966/1986). Pertanto, seguendo lo scopo primario di curare la persona, il terapeuta stabilirà obiettivi terapeutici chiari, stabiliti attraverso un processo di negoziazione contrattuale portato avanti con il paziente.

“(...) una volta selezionato un metodo, lo si dovrebbe seguire con fermezza. La migliore garanzia per raggiungere buoni risultati è un chiaro impegno di seguire quel metodo preso sia dal terapeuta che dal paziente (...) il terapeuta deve conoscere, preferibilmente in anticipo, ogni passo che farà con ogni paziente. Conclusa una certa fase del trattamento l'analista deve sapere con esattezza come intraprendere la successiva ed ogni fase deve essere orientata all'obiettivo terapeutico prefissato” (Berne, 1966/1986, p.18).

“(...) lo Slogan della terapia del far progressi è: Non puoi star meglio fino a quando non sei stato completamente analizzato, mentre lo Slogan della terapia della Cura del paziente è: Prima guarisci, e poi ti analizzeremo (a fondo), se ancora lo vuoi” (Berne in Steward, 1992/2003, p.76).

Lo psicoterapeuta deve pertanto aiutare la persona paziente dapprima a *far progressi* (contratto di controllo sociale) attraverso il districare il nodo gordiano, poi, a *curare* (contratto d'autonomia) grazie all'impugnatura di una spada che, con un colpo ben assestato, permette di tagliare bene il nodo gordiano, affinché, sia eliminato. Questa modalità di incontro terapeutico permette di reggere il carico dell'*incontro* con se stessi, con il proprio Stato dell'Io Bambino, dove le memorie, le esperienze e le cicatrici arcaiche parlano un linguaggio particolare, dove, a volte, le parole sono *parole*

silenti. In questo modo è possibile attraversare ostacoli, co-costruendo nello spazio del Noi percorsi e decisioni nutritive a raggiungere la propria meta. Una meta da cui ripartire, per poi, tornare con serenità e con un rinnovato progetto di mondo, bagnandoci con le fresche acque della speranza che sono state attraversate dall'attesa del cambiamento.

Il lavoro sul transfert

Il terapeuta potrà cogliere l'esternarsi del copione esistenziale della persona paziente, nella relazione terapeutica, attraverso le rappresentazioni implicite di se stesso e degli altri.

Le contaminazioni che caratterizzano il mondo melanconico della persona paziente sono proiettate sul terapeuta, che dovrà riconoscerle, aiutando l'Adulto del paziente a diventarne consapevole (decontaminazione), e il Bambino a ridecidere nuove opzioni (deconfusione) attraverso un'analisi ridecisionale del transfert (Novellino, 1985, 1987) che la persona paziente in quel momento sta sperimentando.

Il paziente viene incoraggiato attivamente a discutere ed esplorare i suoi sentimenti riguardo al terapeuta e a chiedersi quali siano i sentimenti del terapeuta nei suoi riguardi. Il terapeuta utilizzerà come operazione terapeutica centrale l'interpretazione, come ci suggerisce E. Berne (1966). Lo scopo principale di un'interpretazione di transfert non è quello di giungere a un insight o sostituirsi all'Adulto del paziente, piuttosto, l'obiettivo è condurre il paziente nel processo di chiarimento del funzionamento del suo copione esistenziale e delle decisioni di copione che ha preso.

Spesso il transfert si attiva come risultato del tentativo che la persona paziente fa di dare senso e risposta a una varietà di stimoli nella relazione terapeutica (Gill, 1982). Come tale, quindi, non è una distorsione della realtà, come dice Freud, ma il tentativo di dare un significato a una varietà di spunti. Inconsciamente, spesso ciò si fa ricorrendo ai vecchi modelli, cioè a precedenti esperienze tra sé e l'Altro. Il risultato è la proiezione sulla relazione terapeutica di vecchie unità relazionali Bambino-Genitore.

Pertanto, un'interpretazione di transfert comincia avvalorando l'esperienza della persona paziente, ossia accettandola come risposta legittima. Il terapeuta, quindi, lavora insieme con il paziente per chiarire ed esplorare i sentimenti di transfert che sono stati evocati per elaborare l'esperienza. Il rapporto transferale è, fondamentalmente, la ripetizione degli elementi frustranti e deludenti dell'originaria relazione con la persona accudente (in genere la madre). Entrando in terapia, la persona paziente si

aspetta di trovare un terapeuta “*che lo accoglie con un abbraccio*” (Scharff, 1992) e che gli offrirà sicurezza e affidabilità.

Erskine (1991) ritiene che è attraverso la relazione transferale che la persona paziente può mostrare, e magari dimostrare, sia i suoi bisogni evolutivi frustrati e le relative difese, sia il bisogno terapeutico di relazione, descrivendo il transfert come “*ciò che non è parlabile*” (unspeakable), ovvero “*il conosciuto non pensato*” (the unthought known) (Bollas, 1987). Nella relazione transferale la persona paziente invita il terapeuta a ripetere vecchie esperienze, ma vi sarà anche il desiderio di arrivare a un esito diverso e di continuare a crescere. A volte, il terapeuta verrà visto come qualcuno che viene dal passato, altre come un qualcuno di nuovo.

Tuttavia, la relazione di transfert è uno strumento importante per la cura della persona paziente.

Bibliografia

- BARISON, F. (1991). Sein und Schizophrenie, Atti del convegno: Schizofrenia: labirinti e tracce. Metodo e prassi nella terapia della schizofrenia, (a cura), di R. Tamburini e F. Sbraccia, La Garangola, Padova.
- BERNE, E. (1961). Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry. New York, Grove Press
- BERNE, E. (1964). Games people play. New York, Grove Press
- BERNE, E. (1966). Principles of Group Treatment. New York: Grove Press. trad. it. (1986). Principi di terapia di Gruppo. Roma: Astrolabio
- BERNE, E. (1972). What do you say after you say hello? The psychology of human destiny. New York, Bantam Grove
- BORGNA, E., (1988). I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia, Milano, Feltrinelli
- BORGNA, E., (1977). La malinconia come metamorfosi della speranza, Rivista Sper. di Freniatria e M. L. d. A. M., CI, 7
- BORGNA, E., (1989). I conflitti del conoscere, Feltrinelli, Milano
- BORGNA, E., (1990). La dissolvenza della morte nell'esperienza depressiva, Rivista Sper. di Freniatria e M. L. d. A. M., CXIV, 2, (pp. 355-369)
- BORGNA, E., (1992). Malinconia, Feltrinelli, Milano
- CERLETTI, A., CALLIERI, B., SCOTTI, F. (1965). Psicopatologia dei deliri depressivi, Annali di Nerol. e Psych. 59
- CALLIERI, B. (1990). La depressione: solitudine dell'essere o crisi dell'amore, Rivista Sper. di Freniatria e M. L. d. A. M., Vol. CXIV, 6, (pp.1207-1217)
- CALLIERI, B. (1993). Fenomenologia dell'attesa, Psyche Nuova, anno XIII nuova serie, n.2, (pp.19-32)

- CALLIERI. B., CASTELLANI. A. (1971). Fenomenologia psicopatologica del mondo vissuto, Riv. Sper. Fren. 95
- CALLIERI. B., CASTELLANI. A., DE VINCENTIIS. G. (1972). Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica, Roma, Il Pensiero Scientifico Ed.
- CALLIERI. B. (1982). Quando vince l'ombra, Roma, Città Nuova
- CALLIERI. B. (1994). Prospettive antropofenomenologiche nella melanconia: eclissi della donazione di senso, in DENTONE A. (a cura di) Isolamento: depressione e angoscia, Bastoni Editrice Italiana
- CALLIERI. B. (2003). Saggio introduttivo a Di PETTA G., Il mondo vissuto. Clinica dell'esistenza. Fenomenologia della cura, Roma, Edizioni Universitarie Romane
- DE MARTINO. E. (1977). La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali, Torino, Einaudi
- DI PETTA. G. (2003). Il mondo vissuto. Clinica dell'esistenza. Fenomenologia della cura, Roma: Edizioni Universitarie Romane
- ERSKINE. R., MOURSUND, L. P. (1988). Integrative psychotherapy in action. Newbury Park Sage
- FONAGY. P., LEIGT. T., STEELE. M., STEELE. H., KENNEDY. R., MATOON. G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31
- FONAGY. P., TARGET. M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-874
- FONAGY. P., ROTH. A., HIGGITT. A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 367-377
- FONAGY. P., ROTH. A., HIGGITT. A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin*, 69(1), 1-58
- FONAGY. P. (2010). The changing shape of clinical practice: A comprehensive narrative review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(1)
- FONAGY. P. GOODYER. I. (a cura di), Social cognition and developmental psychopathology (pp. 201-237). Oxford, Oxford University Press.
- GOULDING. R. AND M. (1979). Changing lives through redecision therapy. New York: Brunner, Mazel Publishers.
- GOZZETTI. G. (1966). La tristezza vitale, Venezia, Marsilio
- GOZZETTI. G. (1966). La Tristezza Vitale, Venezia, Marsilio
- GOZZETTI. G. (1993). Comunicazione al Corso di Perfezionamento Le Dipendenze Patologiche, Università degli Studi di Padova a.a. 1992-93
- JASPERS. K. (1964). Psicopatologia generale, Roma, Il Pensiero Scientifico,
- MARCEL. G. (1945), *Homo Viator*, Aubier, E. Montaigne, Paris. trad. it. (1980). *Homo Viator* (traduzione di L. Castiglione e M. Rettori), Roma, Borla
- MARCEL. G. (1955), *L'homme problématique*, Aubier, Editions Montaigne, Paris. trad. it. (1992). *L'uomo problematico* (traduzione di Leonardo Verdi-Vighetti), Roma, Borla
- MINKOWSKI, E. (1933), *Le temps vécu*, Parigi. trad. it. (1971). *Il tempo vissuto* (prefazione di E. Paci), Torino, Einaudi
- RESNIK, S. (1986). *L'esperienza psicotica*, Milano, Bollati Boringhieri

- SCHELER, M. (1913-1916), *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus*, Verlag Hans Niemeyer, Halle, Trad. it.(1996). *Il Formalismo nell'etica e l'etica materiale dei valori* (a cura di Giancarlo Caronello), Milano, Ed. San Paolo
- SCHELER, M. (1983). *Il dolore, la morte, l'immortalità*, Torino, E. Elle Di Ci
- SCHNEIDER, K., (1954). *Psicopatologia clinica*, Milano, Sansoni
- STEWART, I. (1992). Eric Berne. London: Sage Publications. trad. it. (2003). Eric Berne. Edizione Italiana a cura di A. Rossati. Torino: Centro Scientifico Editore
- TATOSSIAN, A. (2003). *La fenomenologia delle psicosi*, Firenze, Giovanni Fioriti Ed.
- TELLENBACH, H. (1975). *Melancholia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE SECONDO L'ANALISI TRANSAZIONALE: UN'ESPERIENZA

Désirée Boschetti¹, Barbara Revello²

¹Psicologa psicoterapeuta analista transazionale PTSTA in ambito clinico, ITAT Torino

²Psicologa psicoterapeuta analista transazionale PTSTA in ambito clinico, ITAT Torino

Abstract

Questo lavoro si propone di illustrare una modalità di trattamento psicoterapeutico della depressione secondo l'Analisi Transazionale. Si esporranno gli strumenti utilizzati per fare la diagnosi, i concetti teorici di riferimento e la metodologia per impostare e condurre la terapia.

Introduzione

La depressione è una forma di psicopatologia rispetto alla quale molti sono gli approcci, le teorie e gli strumenti di cura. Come psicoterapeuti e analisti transazionali distinguiamo due livelli nella diagnosi e nel trattamento della depressione: il quadro sintomatologico e l'organizzazione di personalità sottostante. La sintomatologia depressiva è infatti trasversale e può essere presente in differenti forme di psicopatologia (ad es. in diversi disturbi di personalità).

In questo articolo presentiamo un modello in cui si tiene conto di entrambi i livelli per formulare un piano di trattamento.

Evidenziamo anche che spesso si rende necessario che la psicoterapia sia affiancata da una terapia psicofarmacologica oppure che vi siano, nelle forme più severe, le condizioni di gravità per un ricovero ospedaliero. In questi casi inviamo al medico specialista competente, con il quale manteniamo un contatto costante, contrattandolo con il paziente.

Concettualizzazione della depressione

Definiamo la depressione come un disturbo dell'umore il cui tono, lungo un continuum che può essere di differente intensità, è eccessivamente basso per durata e intensità. Tale alterazione dell'umore è accompagnata da disturbi del comportamento e delle funzioni corporee. La persona si sente

triste, irritabile, affaticata, sopraffatta da angoscia, afflitta da pensieri negativi, a volte catastrofici. Come descritto dal DSM IV TR, distinguiamo i disturbi depressivi dell'umore in: depressione maggiore, fase depressiva in disturbo bipolare, disturbo ciclotimico e disturbo distimico.

La lettura che diamo al disturbo depressivo pone l'accento sia sul vissuto interno del soggetto e sul suo mondo intrapsichico, sia sulle sue esperienze relazionali. All'interno del paradigma psicodinamico, facciamo riferimento ad Arieti e Bemporad (1981), che individuano come tema relazionale predominante nel depresso la concezione dell'altro come "l'altro dominante", di fronte al quale il soggetto si iperadatta, strutturando una relazione simbiotica. Gli stessi autori individuano nel vissuto di perdita e di lutto un tema centrale nel mondo interno del soggetto depresso. Utilizziamo anche il contributo di Kapur (1987) che integra il modello psicodinamico con l'Analisi Transazionale, traducendo in concetti AT i temi predominanti nella patologia depressiva (ad es. senso di colpa e di fallimento, vissuto di delusione nei confronti degli altri, utilizzo di negazione e idealizzazione come meccanismi di difesa, etc.).

Nel caso del disturbo bipolare facciamo riferimento in ambito AT alla lettura proposta da Loomis e Landsman (1980), i quali individuano nell'organizzazione di personalità maniaco depressiva due serie distinte di messaggi Genitoriali ai quali corrispondono adattamenti separati del BA. Ne consegue una struttura di personalità scissa in due parti che vengono mantenute distinte attraverso il meccanismo difensivo della negazione.

I primi 3 colloqui

A conclusione del primo colloquio proponiamo al paziente un primo contratto di 3 sedute finalizzate a :

- raccogliere da parte del terapeuta un maggior numero di elementi ed informazioni sulla situazione problematica che spinge il paziente a rivolgersi ad un terapeuta;
- consentire al paziente di conoscere il terapeuta e chiedere eventualmente informazioni sulla sua formazione;
- consentire al paziente di valutare se desidera intraprendere un percorso psicoterapico;
- consentire al terapeuta di valutare se ha le competenze e la disponibilità per aiutare il paziente.

Nel terzo colloquio decidiamo col paziente se, e con quali modalità, avviare la terapia, definendo un primo contratto terapeutico di controllo

sociale finalizzato al contenimento o miglioramento dei sintomi e all'innalzamento del tono dell'umore.

Il contratto tiene conto dei 3 livelli descritti da Eric Berne (1968): amministrativo (riguardo agli aspetti organizzativi e al setting), professionale (riguardo ai limiti e alle possibilità della terapia) e psicologico (sulla dimensione inconscia della relazione).

Il contratto è ritenuto valido sulla base dei requisiti di validità definiti da Claude Steiner (1971): mutuo consenso, remunerazione valida, competenza, obiettivo legale.

Il processo diagnostico

Per fare diagnosi di disturbo depressivo facciamo riferimento al DSM IV TR (1994) che fornisce una classificazione delle psicopatologie sulla base dei sintomi. Tuttavia, come si è detto sopra, una sintomatologia depressiva può presentarsi anche in organizzazioni di personalità non depressive, ad esempio può essere presente in personalità borderline o narcisistiche. Come analisti transazionali formuliamo un'ipotesi diagnostica anche sull'organizzazione di personalità sottostante i sintomi ed è sulla base di questa che formuliamo un piano di trattamento.

Intendiamo la diagnosi come una guida e non come la definizione di una persona. Per questo essa è un processo che prosegue e viene integrato nel corso del trattamento terapeutico.

Facciamo diagnosi prevalentemente attraverso il colloquio clinico e talvolta con l'ausilio di test diagnostici.

Sulla base della nostra esperienza clinica e dei riferimenti bibliografici a cui attingiamo, abbiamo riscontrato le seguenti caratteristiche dell'organizzazione depressiva di personalità.

- Stati dell'Io: in merito alla diagnosi strutturale rileviamo la presenza di un G contaminante e un B che si incapacita e che si sente abbandonato. A livello funzionale il G del paziente è attivo soprattutto a livello di GN- e BA-.
- Carezze: si ha una deprivazione di carezze con una svalutazione, un senso di perdita di valore; la persona svaluta o filtra le carezze positive al fine di confermare la propria posizione esistenziale e il proprio copione. Il paziente non dà carezze e se stesso;
- Strutturazione del tempo: nel paziente depresso riscontriamo scarsa intimità e nelle forme depressive più severe anche scarsa attività.
- Posizione esistenziale: nel soggetto depresso è prevalentemente Io- Tu+.

- Ingiunzioni presenti: a seconda del grado di depressione le ingiunzioni sono Non esistere, Non essere intimo, Non essere te stesso, Non essere importante, Non sentire (es. la rabbia), Non farcela.
- Spinte: la persona con depressione è spesso caratterizzata da una spinta “Sforzati”, per quanto faccia “Non è mai abbastanza”; c’è spesso un senso di impotenza che diventa contagioso e pervade anche il sistema familiare.
- Comportamenti passivi: sono presenti tutti i comportamenti passivi: astensione, agitazione e iperadattamento, incapacitazione.
- Simbiosi: il tipo di transazioni e gli Stati dell’Io energizzati inducono ad ipotizzare il tentativo di strutturare con le persone e con il terapeuta relazioni di tipo simbiotico.
- Emozioni parassite: tristezza e senso di colpa mentre spesso rabbia e paura sono repressi.
- Racket: i pazienti depressi spesso attivano comportamenti finalizzati alla manipolazione dell’ambiente.
- Giochi: il soggetto si pone in una posizione di Vittima alla ricerca di un Salvatore (ad es. “Povero me”);
- Adattamenti di personalità (Ware, 1983): i soggetti depressi hanno un adattamento passivo-aggressivo; la porta aperta è generalmente il pensiero, quella trappola è il comportamento, la porta bersaglio è il sentimento.

Il trattamento

Nel trattamento riteniamo importante utilizzare il GA+ che riconosce la sofferenza del paziente e accoglie la sua dolorosità. Facciamo riferimento alle tre *P* di Pat Crossman (1966), attivandoci in modo da fornire con Potenza Permessi e Protezione, attraverso transazioni che sostengono il paziente e ne incoraggiano i progressi. Attiviamo quindi, attraverso un ascolto empatico, quello che le Loomis e Landsman (1980) definiscono il Genitore Affettivo Realistico (GA+A): un GA che prevede dei messaggi Adulti al fine fornire sostegno e cura, ma allo stesso tempo stimolare una adesione alla realtà per non alimentare nel paziente la fantasia di aver finalmente trovato quella relazione di dipendenza e totale accudimento a lungo fantasticata. Si tratta di aiutarlo ad elaborare il lutto per la perdita della figura genitoriale idealizzata.

Nel lavoro con gli Stati dell’Io ci avvaliamo di tecniche per far emergere il dialogo interno: la tecnica delle due sedie e l’intervista genitoriale. Riteniamo utile anche l’utilizzo delle operazioni berniane. Come indicato da

Arieti e Bemporad (1981) in un'ottica psicodinamica, in una prima fase, ci attiviamo come figura che diviene, agli occhi del paziente, il *terzo dominante*, in aggiunta all'*altro dominante* (es. il marito, la moglie, la madre, il capoufficio, ...), e successivamente il *terzo significativo*, capace di condividere le esperienze del paziente su un piano relazionale di parità (A-A) e non più di dominarlo. In un'ottica AT quanto sopra esposto si traduce in un tentativo da parte del paziente di strutturare una relazione simbiotica da parte di un B alla ricerca di un GA totalmente accudente (es. "Cosa devo fare?"). Il rischio in questa fase è che si sovvertano i ruoli con un passaggio dalla relazione di sottomissione a quella di predominio (passaggio nel paziente da BA a BR). Il nostro obiettivo nel trattamento, coerentemente con il contratto stipulato con il paziente, è accompagnare il paziente nell'uscire dalla relazione simbiotica per giungere ad una relazione A-A.

È quindi fondamentale analizzare attraverso il transfert, le proiezioni genitoriali attive sul terapeuta.

Nel trattamento della depressione si rivela utile anche l'ascolto del controtransfert, a cui diamo una lettura secondo la teoria di Petruska Clarkson (1997). In particolare nella nostra esperienza i vissuti controtransferali riguardano frequentemente la frustrazione (controtransfert reattivo complementare) e la rabbia (controtransfert reattivo concordante).

Anche l'utilizzo di un concetto chiave dell'AT come i giochi psicologici diventa strumento terapeutico, soprattutto se evidenziati attraverso il Triangolo Drammatico di Karpman (1968), perché di facile intuibilità e comprensione. Intendiamo i giochi come strategie di sopravvivenza messe in atto dal paziente per sopperire al mancato soddisfacimento di un bisogno relazionale (Erskine, 1996). Non li consideriamo come resistenze al cambiamento, ma come modalità di sopravvivenza: è quindi necessario nel corso della terapia recuperare il bisogno arcaico non soddisfatto sottostante e aiutare il paziente nel trovare una risposta adeguata al qui e ora.

Un elemento importante di cui tenere conto nelle patologie depressive è il rischio suicidario, espressione di un'ingiunzione "Non Esistere" particolarmente distruttiva. Nel trattamento, facendo riferimento al contributo dei Goulding (1983) alla terapia della depressione, lavoriamo con il paziente sulla decisione copionale che è alla base dell'ideazione suicidaria.

In termini di esiti, globalmente avviene un miglioramento che lo stesso paziente riconosce. Un primo risultato è il miglioramento della sintomatologia. Si ha un innalzamento del tono dell'umore, un cambiamento

comportamentale che si esprime con una maggiore attivazione nella vita e nelle relazioni sociali (es. ripresa del lavoro) ed una regolarizzazione delle funzioni corporee (es. recupero del ritmo sonno-veglia, alimentazione adeguata). Successivamente, a seguito di nuove decisioni copionali, vi è un cambiamento in molti aspetti della vita del paziente: un'economia di carenze connotata da maggiori riconoscimenti positivi, relazioni più intime, riduzione di svalutazioni nei confronti di se stessi e degli altri, recupero di una posizione esistenziale Io+ Tu+, capacità di riconoscere e assecondare i propri sani bisogni.

Conclusioni

Il trattamento della depressione è certamente complesso, a volte molto lungo, ma di grande utilità per il benessere del paziente e di stimolante interesse per il terapeuta.

Sulla base della nostra esperienza abbiamo verificato che l'Analisi Transazionale è uno strumento efficace nella terapia della depressione. Essa offre un corpus teorico e metodologico molto ricco, che si presta a integrazioni con apporti teorici differenti. Nello svolgimento del nostro lavoro ne abbiamo riscontrata l'utilità soprattutto con il modello psicodinamico.

Inoltre riteniamo utile condividere le nostre riflessioni con altri colleghi analisti transazionali, al fine di metter insieme strumenti e competenze diversi e individuare un modello terapeutico del trattamento della depressione condiviso dall'intera comunità analitico-transazionale.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- ARIETI, S., & BEMPORAD, J. (1981). *La depressione grave e lieve*. Milano: Feltrinelli.
- BERNE, E. (1968). *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani.
- BERNE, E. (1979). *Ciao ... e poi?*. Milano: Bompiani.
- BERNE, E. (1986). *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio.
- BERNE, E. (1971). *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- CALLIERI, B. (1990). La depressione: solitudine dell'essere o crisi dell'amore? *Rivista Italiana Analisi Transazionale X*, 19. Roma.
- CLARKSON, P. (1997). *Le relazioni psicoterapeutiche integrate*. Roma: Sovera.
- CROSSMAN, P. (1966). Permission and protections. *Transactional Analysis Bulletin*, 5.

- ERSKINE, R., & TRAUTMANN, R. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26, 4.
- FORNARO, A. (1997). Valutazione dell'efficacia dell'uso dell'intervento psicoterapeutico AT nel trattamento della depressione nell'anziano. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale*, XVII, 32. Roma.
- GABBARD, G. (1995). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- GOULDING, M. & GOULDING, R. (1983). *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*. Roma: Astrolabio.
- KAPUR, R. (1987). Depressione: un'integrazione di AT e di concetti psicodinamici. *Transactional Analysis Journal*, 17.
- KARPMAN, S. (1968). Fairy tales and script drama Analysis. *Transactional Analysis Journal* VII, 26.
- LABBROZZI, D. (1991). Il terapeuta e il paziente depresso: strategie di intervento. *Polarità*, 5, 1.
- LOOMIS M., & LANDSMAN S. (1980). Struttura maniaco-depressiva. *Transactional Analysis Journal*, X, 4, Tr. it. in *Rivista Italiana di Analisi Transazionale*, Roma: anno VIII, n.15.
- NOVELLINO M. (1991). *Psicologia clinica dell'Io*. Roma: Astrolabio.
- NOVELLINO M. (1998). *L'approccio clinico dell'Analisi Transazionale*. Milano: Franco Angeli.
- ROTONDO MAGGIORA, A. (1985). Un caso di depressione grave. *Neopsiche*, giugno.
- STEINER, C. (1971). *Games alcoholics play*. New York: Ballantine Books.
- WARE, P. (1983). *Gli adattamenti della personalità*. *Transactional Analysis Journal*, 13, 1.

Stampato nel mese di Dicembre 2013
presso la C.L.E.U.P. “Coop. Libreria Editrice Università di Padova”
via G. Belzoni, 118/3 – Padova (Tel. 049 8753496)
www.cleup.it