

Psicoterapia e farmacoterapia della depressione. A proposito di un caso clinico

di Adolfo Pazzagli* e Duccio Vanni**

Introduzione

Da diversi anni è documentata (Vaughan et al., 2000) l'esistenza di una correlazione inversa tra gravità della depressione e predisposizione ad assumere un atteggiamento mentale capace di valutare, psicologicamente, le relazioni fra sentimenti, pensieri e azioni; atteggiamento che permette di accedere e pensare alle origini e ai significati delle esperienze soggettive. Tale predisposizione tecnicamente nota come *psychological mindedness* risulta peraltro carente nel paziente depresso, rendendolo di fatto meno capace di impegnarsi in un processo di analisi e comprensione delle sue dinamiche psicologiche (Roose & Cabaniss, 2006). In ambito psicoanalitico, l'utilizzo di farmacoterapia per favorire il recupero di *psychological mindedness* all'inizio di una psicoterapia o nel corso di un trattamento analitico di un paziente depresso è parimenti indicato da svariati anni (Roose & Stern, 1995; Cabaniss, 2001).

Recentemente, in un lavoro monografico (Busch, Rudden, & Shapiro, 2007) è stata riaffermata ed argomentata l'importanza di trattare le persone sofferenti per disturbi depressivi di media o maggiore entità utilizzando una psicoterapia psicodinamica in combinazione con un trattamento farmacologico. Secondo tale ottica, gli elementi posti alla base del processo di questa scelta dovrebbero includere il livello di sofferenza del paziente e la misura in cui i sintomi depressivi interferiscono con il suo funzionamento quotidiano e con il processo psicoterapeutico; se i sintomi non regrediscono dopo due o tre mesi di psicoterapia, la terapia farmacologica dovrebbe essere presa in considerazione a ogni stadio del processo decisionale insito nella relazione psicoterapeutica.

La terapia psicodinamica ha il compito di esplorare sia la decisione relativa all'uso o meno del farmaco, sia i conflitti che possono derivarne. L'inserimento del farmaco, in questo ambito, appare quindi a volte essenziale oltre che per attenuare i sintomi depressivi anche per consentire alla psicoterapia di procedere, facilitando un'esplorazione approfondita dei conflitti dei pazienti. Secondo Busch, Rudden, & Shapiro (2007), di norma la combinazione di una psicoterapia psicodinamica con una farmacoterapia prevede il coinvolgimento ed il coordinamento di uno psicoterapeuta e di uno psichiatra dando luogo ad un cosiddetto "trattamento triangolare" (Beitman, Chiles, & Carlin, 1984; Busch & Gould, 1993; Riba & Balon, 2001), i cui vertici sono appunto costituiti, oltre che dal paziente, anche dallo psicoterapeuta e dallo psichiatra. Il "trattamento triangolare" può incontrare gravi difficoltà, fallire o essere interrotto per diverse ragioni: rottura delle relazioni, ricadute dei conflitti sugli interventi nel corso del trattamento, gelosia professionale tra le due figure curanti. Per cercare di evitare tali esiti è quindi fondamentale che i due professionisti in questione mantengano una costante comunicazione produttiva, in particolare proprio quando si incontrano difficoltà nel corso del trattamento.

Per completezza va anche ricordato come Busch, Rudden, & Shapiro (2007) indichino anche la possibilità che la combinazione della psicoterapia psicodinamica con l'utilizzo dei farmaci investa l'unica figura di terapeuta-medico ed il caso clinico su cui si focalizza questo lavoro, rappresenta un esempio concreto proprio di questa eventualità.

I risultati di psicoterapie nei disturbi depressivi così come della combinazione di psicoterapia e farmacoterapia sono oggetto di studi quantitativi approfonditi. Per una rassegna orientativa si vedano ad esempio Rush & Thase (2001) e de Maat et al. (2008). In Italia Fava (2001) ed il suo gruppo (Tomba & Fava, 2006; Ruini, Tomba & Fava, 2007; Tomba & Fava, 2007; Tomba & Fava, 2009) hanno ripetutamente esaminato ed affrontato con studi empirici queste tematiche.

* Professore Emerito di Psicologia clinica, Università degli Studi di Firenze. Membro didatta con funzioni di training dell'Associazione Italiana di Psicoanalisi (A.I.Psi).

** Ricercatore di Psicologia clinica, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Firenze.
e-mail: duccio.vanni@unifi.it

Presentiamo un caso singolo, consapevoli delle limitazioni quantitative ma anche del fatto che lo studio approfondito di un caso singolo può indicare nodi problematici e vicende che possono essere sviluppati, svolgere una funzione euristica (Nasio, 2002) e trovare eventuali validazioni o confutazioni successive anche sul piano della ricerca empirica quantitativa.

Il Caso clinico

B. è un uomo di 42 anni quando consulta uno psicoterapeuta per oscillazioni, in prevalenza stagionali, della sua attività professionale; a periodi è molto attivo, in altri quasi privo di iniziativa e di capacità decisionali; ciò lo ostacola molto ed è convinto di aver trovato il suo "limite" poiché le condotte sopra descritte gli permettono di partecipare alle spese della famiglia ma, a suo dire, lo lasciano in posizione subalterna rispetto alla preponderante rilevanza sociale ed economica della moglie. Inoltre il figlio, unicogenito preadolescente, ha difficoltà scolastiche e di socializzazione che uno specialista, per questo consultato, ha attribuito anche alla eccessiva rigidità del padre nei suoi confronti; o il figlio fa come vuole B. o vi sono scenate violente che si fermano solo di fronte alla affermazione di B. " non posso fare come vorrei con te perché ti mantiene tua madre! ... e allora mi disinteressa di te". Le relazioni familiari sono ovviamente deteriorate da queste vicende.

Prima della consultazione B., su consiglio di vari specialisti, ha iniziato trattamenti con diversi antidepressivi ma non ne ha tratto giovamento o forse anche – e probabilmente - non li ha proseguiti a dosi e per tempi sufficienti, non tollerando gli effetti collaterali e non sopportando l'idea che "una medicina decida per me!"

Al momento dei primi colloqui appare eutimico. Rigido anche nella mimica e nella postura, elegante, di un'eleganza sofisticata ma un poco artificiale, da manichino. E' inflessibile con se stesso e nelle sue aspettative riguardo al figlio. Ha il "culto" della razionalità e dell'intelligenza, separa buoni e cattivi in modo netto, sottovaluta e sopravvaluta se stesso. Ha grave difficoltà nel controllo e nella manifestazione della rabbia e dell'aggressività. E' intelligente e sensibile in aree non conflittuali, ben funzionante nella vita sociale ed in varie relazioni extrafamiliari, lavorative, amicali ed anche amorose ma fallisce costantemente nell'intimità.

Primogenito di due figli; alla nascita del fratello (quando aveva fra 3 e 4 anni di età) fu allontanato da casa e affidato ad una coppia di zii che vivevano in una città diversa e lontana da quella dei genitori, perché la madre non era in grado di occuparsi contemporaneamente del marito, molto esigente e dipendente e dei due figli. B. è stato "benissimo" dagli zii, contentato, viziato. Brillante negli studi e nello sport, poi nella vita sociale. Ma sempre con senso di insoddisfazione, di rabbia, di dover dimostrare qualche cosa, senza sapere a chi. Molto corretto e formale, ma con rare esplosioni di rabbia apparentemente immotivate ma sostanzialmente collegate a sentimenti di esclusione.

Il padre di B. era proprietario e manager di una piccola industria. Con gli anni era divenuto sempre più isolato, rabbioso, esigente; verso la fine della vita, restava per lunghi periodi chiuso in casa o nell'ufficio della adiacente fabbrica, immobile, inattivo, manifestando solo rabbia ed odio verso gli altri. Morì dopo essere stato definito "demente" a causa di queste condotte. Lasciò una situazione economica che, dietro l'apparente benessere, era sull'orlo della rovina per debiti e scarsità di mercato per ciò che la fabbrica produceva. B. era in quel periodo all'estero per completare gli studi dopo la laurea, per avviarsi ad un suo autonomo lavoro ed anche per prendere le distanze dalla difficile atmosfera familiare. Il fratello cercò, in un primo tempo, di porre rimedio alla situazione ma presto vi rinunciò. B. tornò a casa, liquidò il fratello e tentò, a sua volta, di riprendere l'attività paterna sinché non dovette arrendersi e far cessare la non redditizia produzione. Iniziò allora un'altra attività di servizi al commercio, attività che ancora stava esercitando al momento della consultazione.

Il fratello morì improvvisamente per emorragia cerebrale. Da allora B. si è occupato anche della madre, che vive da sola e con la quale è molto premuroso ed anche eccessivamente sottomesso, con però aggressività percepita e proteste che assumono la forma dell'eccesso, anche ridicolo, di obbedienza. Ci sono però episodi o periodi nei quali è verso di lei rigido ed esigente, come era stato suo padre.

Si è sposato da oltre 15 anni con una donna dalla quale ha avuto un figlio. Sembra molto attaccato alla moglie ma non riesce che ad essere ostile e rabbioso nei suoi confronti, allorché pensa che essa guadagna più di lui o quando essa manifesta attaccamento alla sua famiglia di origine o si occupa con dolcezza del figlio.

Le caratteristiche del paziente e le accennate vicende della storia sembrarono indicare la necessità di una psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico, ad una seduta per settimana, con difficoltà del setting legata alle frequenti, necessarie e programmate assenze di B. per ragioni di lavoro.

La relazione è sin dall'inizio caratterizzata da forte attaccamento e da buona collaborazione del paziente nella ricostruzione della tendenza a ripetere, nelle condotte attuali, vicende subite nel passato. Nelle sedute B. parla di se stesso, nella vita esterna attuale, come se fosse un personaggio esterno, per così dire "quello là", che lui giudica molto duramente; mentre il terapeuta è più comprensivo, lo capisce perché lo vede come prodotto di una storia precedente drammatica. Il terapeuta rappresenta quindi un oggetto meno sadico del Super Io del paziente. Col tempo B. si allea col terapeuta in questa considerazione, collabora e diviene un poco meno rigido e giudicante, quindi più vivace, mobile e meno difeso nella partecipazione alla relazione.

Dopo quasi un anno dall'inizio del trattamento, B. riferisce che non ha più lavoro (la sua attività ha in effetti, per sua natura, punte stagionali) e che, poiché ha poco da fare, ha del tutto perso l'iniziativa; una lettera che richiede risposta giace sul suo tavolo per settimane, non ignorata in quanto è una specie di rimprovero e di monumento alla sua inerzia. Anche in casa le cose vanno male, è arrabbiato col figlio che non fa come lui vuole e con la madre che gli permette tutto questo. Si sente verso questa coppia geloso dell'esclusione ed invidioso, non riuscendo a tollerare il loro buon rapporto, né a controllare la sua rabbia ed i suoi attacchi verso di loro se non rifugiandosi nell'isolamento e nel sonno. Continua, in una serie di sedute noiosissime, a portare la sua impotenza, la sua rabbia e la sua grandiosità distruttiva del tipo "tanto per quanto facciate (figlio, moglie, parti collaboranti di lui, il terapeuta), io sarò sempre più forte di voi distruggendo tutto".

Per quanto apparentemente con aspetti realistici e ragionevoli, parve al terapeuta che le sue idee di rovina mostrassero una frattura dell'esame di realtà, nell'ipotesi che egli non fosse rovinato nonostante quello che diceva; anche se, con la sua condotta, faceva molto perché le sue certezze divenissero vere. Di fatto anche la terapia era rovinata; non c'era "insight" ma solo comprensioni intellettuali che venivano derise.

La sua condotta regolare ineccepibile è una sorta di derisione del suo dover essere bravo e normale. E' a questo punto che B. sembra comprendere da solo molte cose, riportando i comportamenti alla sua storia ma solo per deridere queste comprensioni e senza poter cogliere, se non saltuariamente, che è proprio questo deridere il suo modo attuale di ripetere la sua storia. In altre parole ora la depressione è nel transfert. Il lavoro diretto verso il sistema della personalità nel quale le ricostruzioni sono anche riparative (è la ripetizione della storia che lo fa essere così) non funziona di fronte all'irrompere della depressione nella sua salute e nel suo rapporto col terapeuta.

Il lavoro diretto verso il sistema della personalità, in questo periodo, pare inevitabile; il materiale è disponibile e chiaro è il rapporto con le vicende in atto. D'altra parte la caratteristica e la gravità di queste porta nel transfert senso di impotenza di fronte alla distruttività. Quando è possibile lavorare su ciò, il paziente sembra giovare di interpretazioni che gli facciano toccare con mano le angosce, le difese, le conseguenze di quella che, nell'interno della terapia, può essere vista come una "reazione terapeutica negativa". Ma il sollievo che deriva da questi momenti rende poi più arrabbiata e crudele la sua risposta, negli intervalli fra le sedute, alla perdita di questa funzione terapeutica che egli non sa darsi da solo e per la quale necessita di un terapeuta che è assente. Tutto ciò appariva ripetere le vicende messe in atto dalla traumatica cacciata da casa al momento della nascita del fratello e forse anche dal precedente rapporto con una madre depressa perché inadeguata a rispondere anche alle richieste del coniuge. Accadeva inoltre che, se per taluni aspetti era possibile vedere la depressione come legata ad eventi del passato che si andavano riproducendo in terapia, la depressione stessa aveva tale conseguenza sulla relazione da divenire essa stessa fattore di stress e depressogeno.

Fu deciso allora, dopo oltre un anno di lavoro, di consigliargli di ricorrere ad una terapia farmacologica. Questa decisione comportò, da parte del terapeuta, di comprendere come tale sviluppo avesse da essere considerato anche come un processo transferale e controtransferale di un *enactment* (Purcell, 2008). Si intende qui per "enactment", seguendo la definizione APA (2007) la messa in atto, nel setting psicoterapeutico, di un evento importante di vita che non viene espresso verbalmente.

Si trattava di una "terapia combinata" che può essere integrata (segnata dalla stessa persona) o separata (attuata da due diverse persone), un intervento che iniziava nel corso di un trattamento psicoterapico, consigliato dal terapeuta che era anche psichiatra, dopo precedenti rifiuti di altri trattamenti farmacologici. Il terapeuta sentiva il paziente come completamente in "cura" da lui; nel consigliargli i farmaci aveva fatto qualche cosa a lui e per lui; aveva deciso che la sua rabbia negli "altri sei giorni" era troppo distruttiva ed impediva di procedere nella psicoterapia. D'altra parte il terapeuta era divenuto responsabile dell'invidia e della distruttività della sua depressione ma era anche il centro di una certa "gratitudine" per alcuni modesti ma sensibili cambiamenti anche rispetto a precedenti analoghi periodi. Parve allora necessario al terapeuta farsi carico completamente della sua insufficienza a guarirlo non ripetendo una vicenda già accaduta nella storia, quando la madre, incapace di accudirlo, lo aveva inviato dagli zii.

In qualche modo il farmaco sarebbe entrato, per i suoi significati emozionali per i suoi effetti collaterali ed i significati emozionali nel rapporto psicoterapeutico. Infatti nel caso in cui i farmaci li avesse segnati un professionista esterno, lo psicoterapeuta avrebbe potuto avere riserve su di essi (sulla scelta, sulla dose, sui controlli ecc.) e, soprattutto, il fatto avrebbe potuto finire col facilitare processi di contrapposizione e di scissione sia che lo psicoterapeuta fosse apparso come buono, non violento nel confronto del farmacoterapeuta sia che fosse viceversa valutato, nei confronti dello stesso, uno sterile parolaio. Questo comune, artificioso dilemma viene spesso usato come difesa dai pazienti ma anche dagli operatori. In realtà sono presenti alcuni aspetti di non semplice conciliazione fra i due tipi di terapia, come la diversa qualità del tipo di azione psicoterapeutica ma la schematica contrapposizione sopra riportata tende a porre il paziente nella difficile condizione di dover amputare uno dei corni del dilemma per accedere all'altro ma anche di rinunciare ai possibili vantaggi ottenibili da una delle due terapie. Nel caso specifico poi si sottolinea come vi fosse un'evidente continuità fra caratteristiche e problemi della personalità ed episodio depressivo. La personalità mostrava molte delle caratteristiche che il recente (2008) *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) attribuisce alle personalità depressive. In particolare poi appariva evidente come se vi fosse stata una frattura delle relazioni precoci, alla quale era seguita una definizione del Sé in un diverso contesto, caratterizzato dall'accoglimento materiale ed anche affettivo ma "a patto che" il paziente fosse attivo, capace, brillante. Ne risultava una depressione con contemporanei aspetti "anaclitici" (sentimenti di solitudine, abbandono, di essere trascurato) e "introiettivi" (sentimenti di scarso valore personale, fallimento, colpa), secondo la terminologia usata da Blatt (2006) e ripresa anche nello stesso PDM. Parve allora allo psicoterapeuta di non dover facilitare il possibile ripetersi, almeno per il mondo mentale del paziente, di questa traumatica esperienza.

Nel sovente paralizzante dilemma fra bisogno e paura di rapporto del paziente, lo psicoterapeuta decise di essere attivo nel fornirgliene uno terapeutico, fidando che il lavoro svolto in precedenza permettesse di lavorare sugli aspetti terrorizzanti del rapporto, nel quale la sua rabbia per i precedenti abbandoni lo teneva o distante e non nutrito in relazioni paralizzate e formali o spaventato per le possibilità di distruzione dell'altro e/o di sé, cosa che la sua rabbia comportava per lui se veniva accolto ma inevitabilmente minacciato di abbandono.

Fu così deciso di segnare i farmaci, considerando la loro somministrazione, in definitiva, con Eissler (1953), un *Parametro* nella terapia e cioè

1. necessario per superare un punto di stallo;
2. eliminabile quando divenuto non necessario;
3. analizzabile nella relazione cercando di evitare il "sequestro" di materiale non analizzabile.

B. iniziò la terapia con antidepressivi prescritti dallo psicoterapeuta-psichiatra. Le sedute, nonostante i timori e le aspettative cui si è sopra accennato, continuarono a svolgersi come prima. Salvo che nella parte finale di queste si parlava anche del farmaco (gli effetti, gli effetti collaterali, il dosaggio, la condotta terapeutica). Con questa modalità la terapia non comportò, in questo periodo, nuove particolari difficoltà. Non venivano neppure riferiti miglioramenti. Ma, dopo la prevista latenza di alcune settimane, la terapia riprese a muoversi. La rabbia e la distruttività dirette verso di essa si attenuarono nel senso che non apparvero più avere un effetto paralizzante. Schematizzando, il lavoro di molte sedute di questo periodo può essere, riassunto così: "Lei sta cercando di distruggere la sua attività, la sue relazioni familiari, la sua relazione con me, che sono il suo terapeuta, comportandosi come faceva suo padre con la sua attività, con la sua famiglia, con lei in particolare. Mentre lo fa prova odio verso di lui, ha paura e se ne vergogna per cui il farsi del male è anche una punizione per questo e le rende paradossalmente più accettabile la "cacciata" da casa, è "cattivo" e se l'è dunque meritata. Mette alla prova con ciò la terapia e si sente tranquillizzato dal proseguire utile di questa". La attenuazione dell'odio e della distruttività, che si verificarono dopo l'inizio della somministrazione dei farmaci, resero attuabile questo tipo di lavoro sugli episodi depressivi, episodi che è possibile ricondurre a scompensi della personalità anche in relazione ad eventi esterni ed interni alla terapia, senza però negare una loro identità, biologica e psicopatologica e senza dilemmatizzazioni tipo "o è reattivo, psicogeno, curabile con la psicoterapia o è endogeno, con base biologica e curabile solo coi farmaci". D'altra parte questo cambiamento avvenne dopo l'introduzione del trattamento con i farmaci; divenne per il paziente possibile iniziare e continuare il trattamento attribuendone al medico la responsabilità. Mai direttamente ma alcuni sogni riportati in seduta permisero constatare e di valutare la presenza di forti angosce persecutorie collegate al fatto che i farmaci fossero anche veleni, risultato di una ritorsione del terapeuta-genitore. Ma questo veniva narrato e discusso proprio col somministratore di tali sostanze ed era possibile, anche attraverso una tranquillizzazione sul piano di realtà, accedere anche ad una sdrammatizzazione di tali angosce.

Si vede qui che l'integrazione fra fattori biologici e psicologici nella assunzione e nella accettazione degli effetti del farmaco è così stretta da non essere scindibile ne valutabile separatamente e si può giungere a suggerire che, in fondo, si tratti di due punti di vista, di due linguaggi per parlare di uno stesso fenomeno.

Superato l'episodio, il lavoro psicoterapico continuò anche dopo la sospensione del farmaco, la cui somministrazione fu sospesa dopo alcuni mesi.

Una necessità analoga si ripresentò dopo circa un anno. Questa volta l'accesso al farmaco fu più facile ed il paziente conservò sempre una maggiore consapevolezza del significato comunicativo e relazionale dei sintomi. Una riaccentuazione della depressione si ripresentò infine quando fu stabilita la data della fine della psicoterapia e fu possibile superare questo episodio senza ricorrere a farmaci ma collegandolo con l'imminente fine della relazione terapeutica.

Nell'insieme il trattamento ebbe successo ed anche un controllo a distanza di diversi anni ha permesso di constatare la scomparsa di episodi clinicamente definibili di depressione maggiore. Vi è tuttavia da segnalare che il terapeuta ebbe l'impressione che il lavoro successivo al primo episodio, pur utile e vantaggioso, divenisse meno creativo di prima, in qualche modo più ripetitivo. Se si fosse raggiunto ciò che era possibile fare a quella coppia con la tecnica usata, pur nel rafforzamento dei miglioramenti conseguiti, o se la trasformazione in somministratore di farmaci dello psicoterapeuta avesse contribuito a questo limite, non è possibile dire.

Il terapeuta si convinse che questo suo ruolo fosse messo in secondo piano, alla fine dell'episodio, con sollievo da parte di un paziente che e sembrava provare una certa vergogna per le distruzioni operate durante l'episodio di depressione e desiderio, una volta superatolo, di "voltargli le spalle" sorvolarlo, *sealing over* come affermano McGlashan & Keats (1993), i quali prospettano l'ipotesi a proposito del trattamento di *breakdown* acuti in casi di schizofrenia remittente, che questa soluzione sia legata *anche* all'uso di tecniche supportive invece che espressive di psicoterapia.

Discussione

L'integrazione di psicoterapia e farmacoterapia (in qualunque modo coniugate) solleva il problema corpo-mente in modo rilevante.

La depressione può essere vista come un prodotto della mente e quindi descritta in termini di costrutti come pulsioni, difese, formazioni di compromesso, regressione, autostima, perdita di oggetto, identificazione. Oppure può essere vista come un prodotto del cervello, caratterizzato da modificazioni biologiche delle funzioni psicoendocrine e delle concentrazioni di neurotrasmettitori. La psicoanalisi enfatizza concetti come perdita di oggetto, ideale dell'io, aggressività nella spiegazione della fenomenica e della fenomenologia degli stati depressivi; un fondamentale riferimento generale, al riguardo, è costituito dalla triade identificata da S. Freud in *Lutto e Melanconia* (1915) e cioè perdita di oggetto, investimento narcisistico, identificazione. Tutto ciò rimanda a situazioni attuali ma ha inizio nell'infanzia, con quella relazione fra disposizione ed eventi che Freud aveva considerato in rapporto fra di loro secondo lo schema delle "serie complementari". Brenner (1967) ha sostenuto che le produzioni mentali delle depressioni sono dovute a legami associativi fra certe sensazioni e tracce mnesiche di esperienze depressive cosce ed inconscie che includono perdite di oggetto, perdita di amore ed angosce di castrazione, le così dette "calamità dell'infanzia". Da altro versante, a partire da J. Bowlby, una parte della psicoanalisi ha posto in evidenza come problemi dell'attaccamento possano divenire "rappresentazioni" anche complesse come i "modelli interni di attaccamento" che, generatisi nell'infanzia a partire da una predisposizione biologica ma di necessità anche attraverso una trasmissione "culturale" (dalla madre al figlio), sono poi attivi per tutta la vita, anche se modificabili, e sono fondamentali nel determinare le modalità di attaccamento e quindi anche quelle di perdita e di timore di perdita. Queste basi stabili, che costituiscono un ponte fra aspetti affettivi e cognitivi della vita mentale, non possono che avere una base biologica. Del resto Mishkin, Ungerleider & Macko (1983), per spiegare i risultati di complessi studi comportamentali e neurofisiologici sui primati, hanno presentato modelli nei quali le emozioni possono influenzare le percezioni, l'apprendimento e le rievocazioni, sulla base di studi neuroanatomici che dimostrano, nel sistema nervoso centrale, la presenza di strutture legate a circuiti che collegano percezioni, memoria ed emozioni. Kantor (1990) ha ipotizzato che le "calamità dell'infanzia" possano lasciare tracce biologiche di varia gravità, che si evidenzieranno successivamente, ad esempio in occasioni di perdite, come affetti depressivi o come vere e proprie

malattie depressive, supponendo che la vicenda originaria sia scritta nella biologia come alterazione quantitativa o qualitativa dei livelli di neurotrasmettitori o come modificazioni dei siti recettoriali nelle membrane. Si tratta di ipotesi suggestive, anche se ovviamente ipersemplicate, ma che richiamano alla mente il problema del rapporto corpo-mente ed il fatto che esso si presenta come una sorta di "dicotomia", per ragioni essenzialmente storiche e culturali. Il "dominio psichico" non può essere separato da quello "biologico", sul quale si basa (*Dobbiamo rammentare che tutte le nozioni psicologiche che andiamo via via formulando dovranno un giorno essere basate su un sostrato organico* Freud, 1914).

Il dualismo cartesiano corpo – mente, che è non sradicabile, almeno nelle sue espressioni linguistiche, deve essere visto non come ontologico ma come metodologico (si usano di necessità metodi di studio diversi), *non corrisponde a differenti essenze ma a differenti strutture fra psichico e non psichico* (Green, 1991) o a differenti livelli di organizzazione.

Nel caso di cui si parla, le perdite infantili ed il successivo adattamento della personalità sono fondamentali nella comprensione del caso. Ma nulla nei progressi della moderna biologia impedisce di pensare che gli stessi eventi, gli affetti ad essi connessi, il loro ricordo possano aver contribuito a determinare anche una attitudine biologica alla depressione, anche se non si conoscono fino in fondo le basi di questa attitudine. Può essere sostenuto che, durante i periodi di grave, paralizzante depressione, ci si trovi, da un punto di vista psicoterapico, di fronte ad un muro, una sorta del freudiano "strato roccioso" che è non è possibile superare attraverso la cura con la parola, ma eventualmente col ricorso a farmaci. Sovente viene detto (Kantor, 1990) che si incontra, così, un limite della teoria psicoanalitica; è possibile che sia così, ma è anche ipotizzabile che si tratti di un limite alla applicabilità di una tecnica terapeutica.

In B. è stato possibile superare una prima volta l'episodio depressivo, attraverso una terapia combinata ed integrata, nella quale - in modo non molto frequente - la stessa persona dello psicoterapeuta ha somministrato i farmaci, ricorrendo a questa insolita modalità per il timore, connesso alle dinamiche del caso, che una separazione delle due figure avrebbe finito per confermare la scissione e la separazione delle figure significative che avevano avuto cura di lui nel passato. Del resto, sia pure ad un livello diverso, ogni terapia psichiatrica che usi farmaci è una terapia combinata, integrata, alla quale provvede una sola persona poiché non è possibile, anche se lo si voglia, eliminare una ineludibile componente psicoterapica da qualunque trattamento. I pazienti non lo rendono possibile, disse Freud (1904). Nel caso della psichiatria, la componente psicoterapica è di tipo in prevalenza suggestivo; nel nostro caso, vi era il tentativo di rendere possibile il proseguimento di una terapia espressiva attraverso la cura farmacologica di un episodio depressivo che, visto attraverso la psicoterapia, rappresentava una accentuazione ma con un continuum di comprensibilità, dei problemi del paziente. Lo stesso quadro, visto in modo sincronico durante un episodio, poteva essere valutato, dal punto di vista dei sintomi presentati (apatia, inibizione motoria ed ideativa, ipersonnia, perdita degli appetiti) come una malattia a se stante.

Il modello bio-psico-sociale sembra giustificare bene la situazione: il farmaco agisce sul sistema bio-, la psicoterapia su quello psico-, la differenza non inerte la natura stessa della realtà del fenomeno ma piuttosto riguarda differenti livelli dello stesso. A livello "psico" emergono proprietà che implicano il livello "bio", cioè l'attività cerebrale, ma i fenomeni mentali "come le proprietà dinamiche emergenti" sono inseparabilmente legati ma "differenti da e più che" processi materiali cerebrali, come ha scritto Sperry (1968).

Tutto ciò ripropetta, per quanto da molti negato, il problema del dualismo corpo-mente. Come ha sostenuto Goodman (1991), si è evidenziato come la tradizionale dicotomia fra fisico (organico) e mentale (funzionale) sia linguistico-concettuale piuttosto che inerente in natura. Tutti gli eventi ed i processi coinvolti nella etiologia, patogenesi, manifestazioni sintomatiche e trattamento dei disturbi psichiatrici sono contemporaneamente biologici e psicologici. Le "calamità dell'infanzia" possono essere tali anche per predisposizione biologica; verosimilmente hanno conseguenze biologiche sui neurotrasmettitori, sui siti recettoriali e altro. Ma oltre alla terapia farmacologica, anche la psicoterapia

può avere conseguenze biologiche, verosimilmente più fini e specifiche di quelle, relativamente grossolane, indotte dai farmaci attualmente disponibili.

La differenza potrebbe porsi sul sito al cui livello si colloca inizialmente l'azione, poniamo i neuromediatori da un lato ed i sistemi percettivi, la costruzione di rappresentazioni, la simbolizzazione dall'altro. Del resto è sovente possibile vedere episodi depressivi come momenti di scompenso in un quadro di disturbo post traumatico da stress, cronicizzatosi in alcuni aspetti della personalità ed entrato in crisi per vicende successive. Di recente Marianne Leuzinger-Bohleber (2008), partendo dalle osservazioni ottenute nel corso della terza analisi di una paziente affetta da scompensi ampiamente coloriti depressivamente, traumatizzata perché colpita nell'infanzia da una grave forma di poliomielite, avanza l'ipotesi che, ai fini di un durevole cambiamento strutturale, siano indispensabili l'elaborazione dell'esperienza traumatica nel transfert e una ricostruzione storico biografica del trauma subito. Sul piano statistico Horowitz, Wilner, Kaltreider & Alvarez (2009) hanno trovato sintomi depressivi in un elevato numero di soggetti affetti da disturbo post traumatico da stress. Poi le vicende si complicano e si intrecciano. La "costruzione" decolpevolizzante di una coerente narrativa, può ridurre la rabbia e iniziare processi di cambiamento a "circolo virtuoso" fra strutture di personalità ed eventi. Ma in questo processo possono inserirsi vicende biologiche, sia per cambiamenti del fondo (ad esempio, nel caso limite di una riduzione di mediatori per diminuzione della luce), sia per la "liberazione" di contenuti mentali, prima inibiti e controllati poi evidenziati perché resi affrontabili dai miglioramenti conseguiti. Su questi peggioramenti sintomatici potrebbe incidere la psicoterapia, ma essa potrebbe non essere in grado di affrontare i "circoli viziosi" che si instaurano, riportando indietro la vicenda. I farmaci, agendo per esempio attraverso una diminuzione delle pulsioni distruttive, potrebbero rimettere in moto il processo di cambiamento.

Naturalmente le vicende a cui si fa riferimento sono sempre assai complesse; le scelte del terapeuta fondamentali in una vicenda che è sempre legata ad un dialogo (o ad un blocco di esso), sia a livello intrapsichico che interpersonale.

Lo psicoterapeuta che prescrive un farmaco antidepressivo deve essere in grado di saper effettuare diagnosi in Asse I, comprendere l'implicazione di tale diagnosi nel trattamento, esaminare le opzioni alternative di trattamento con i pazienti potenziali e/o già in carico, essendo capace di monitorare costantemente i sintomi della depressione e dare appropriate indicazioni terapeutiche nel corso del trattamento, consapevole anche che le ricerche su come il farmaco influisce sulla relazione terapeutica sono relativamente recenti ed in corso di continui approfondimenti (Roose & Cabaniss, 2006). Gli effetti benefici del farmaco sulla sintomatologia depressiva si esplicano attraverso due azioni distinte del farmaco stesso: quella biologica che riduce i sintomi della depressione, e una azione psicologica di significato relazionale (un genitore continua ad occuparsi di lui, della sua rabbia per essere stato cacciato ma senza agire ritorsioni distruttive, anzi comprendendo e mettendo in atto azioni riparative). L'azione del farmaco non avviene tuttavia su sintomi separati dai tratti di personalità, come in psichiatria si è a lungo pensato che accadesse, almeno sinché Klein (1977) non trattò la disforia isteroide con gli Inibitori delle Monoaminossidasi (IMAO).

Si tratta di un percorso molto complesso, raramente utilizzabile e sempre a rischio di attivare una sorta di fantasia di onnipotenza terapeutica per difendersi dalla sofferenza, dal sentimento di impotenza che la dipendenza sprovveduta, la freudiana "hilflosigkeit" o la quasi corrispondente cognitiva "helplessness" del paziente trasmettono. Occorre dunque grande cautela nel decidere di procedere ad un trattamento come quello descritto, che non può essere seguito che molto raramente ed in condizioni peculiari.

Visto il numero e la varietà dei fattori implicati, gli errori possibili sono molti. Ma forse un ipotetico terapeuta perfetto, come un genitore perfetto, non solo non esiste ma, se esistesse, avrebbe conseguenze catastrofiche ad esempio sui sentimenti di colpa e sulla possibilità di sviluppo di capacità riparative del bambino-paziente. E' certo patogeno anche il terapeuta che sa *a priori* cosa fare. Si può schematizzare "è solo una malattia biologica, i farmaci sono la cura, accompagnati naturalmente da un atteggiamento comprensivo ed educato" da una parte; "la psicoanalisi potrebbe guarirlo, ma non è possibile per ragioni economiche, perché non rispetta il setting o altro e allora che ci pensino gli psichiatri!" (di nuovo identificati, nei casi migliori, in educati farmacoterapeuti).

Questa contrapposizione, che può anche contenere elementi di realtà ma che ha quasi sempre una drammatica esasperazione che la rende bugiarda e di chiaro significato difensivo, può talvolta, con difficoltà e limitazioni, come nel caso descritto, essere superata attraverso la duplice azione dello stesso professionista; nella grande maggioranza dei casi richiede l'intervento di due persone diverse, di solito uno psicologo – psicoterapeuta ed uno psichiatra che siano abituati a collaborare, si fidino l'uno dell'altro, che siano capaci di scambi sinceri ed onesti, anche se talora difficili ma tanto più necessari quanto più difficili. Inserire una terza persona all'interno di un setting psicoterapeutico psicodinamico, come già accennato nell'esposizione del caso, oltre che apportare gli effetti benefici del farmaco sulla sintomatologia depressiva, può far emergere nuove fantasie interessanti ed *enactment* sia nel terapeuta che nel paziente. Il primo può avere il timore nascosto di essere ritenuto inadeguato, mentre il secondo può cercare di proteggere o di attaccare il terapeuta quando è in relazione con lo psicofarmacologo (Roose & Cabaniss, 2006) Occorre, quindi, in ambedue la capacità di vedere come le tensioni, le contrapposizioni, i disaccordi eventuali possano essere – e sino a che punto siano – legati alla patologia ed alle difese del paziente. Due professionisti abituati a “fare squadra”, in breve, o “équipe”. Ciò sia nella pratica pubblica che in quella privata, che non si facciano paralizzare dai dilemmi ma li vedano legati alla relazione col paziente e la sua patologia.

Se si lavora in un servizio pubblico - che non può respingere nessuno - o se ci si sente “dottori”, obbligati ad aiutare nella sofferenza senza essere di necessità magicamente guaritori, ad esempio, le contrapposizioni descritte potranno finire per contenere una quota di sadismo che può soddisfare il masochismo del paziente depresso, ma che è isomorfo alla sua patologia, peggiorativo e non mutativo.

Lopez & Zorzi-Meneguzzo (1988) scrissero che per curare un paziente depresso occorrono un analista e un farmaco terapeuta e, possiamo aggiungere, un terapeuta familiare, un esperto in assistenza sociale ecc. Se queste persone sono disponibili ed il paziente può utilizzarle, bene! Ma occorre evitare che il meglio divenga nemico del bene, che là dove questo progetto di massima non sia attuabile, si cerchi almeno di far collaborare uno psicologo-psicoterapeuta ed uno psichiatra, per evitare che si finisca con l'abbandonare il paziente e cioè - in fondo- col farlo peggiorare, confermandogli che per la sua rabbia e la sua disperazione non vi è possibilità di accoglimento.

Bibliografia

Beitman, B.D., Chiles, J., & Carlin, A. (1984). The pharmacotherapy-psychotherapy triangle: psychiatrist, non medical psychotherapist, and patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 458-459.

Blatt, S.J. (2006). A Fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), 492 – 418. [trad. Ital. in *Psicoterapia e Scienze umane* 40 (4), 743 – 764, 2006.]

Brenner, C. (1967). *Breve corso di psicoanalisi* [An Elementary Textbook of Psychoanalysis]. Firenze: Giunti Editore.

Busch, F.N., & Gould, E. (1993). Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues. *Hospital Community Psychiatry*, 44, 772-774.

Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro T. (Eds). (2007) Utilizzo della psicoterapia psicodinamica in combinazione con altri approcci terapeutici. In F.N. Busch, M. Rudden, & T. Shapiro(Eds.), *Psicoterapia psicodinamica della depressione* (pp. 189-201). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Cabaniss, D.L. (2001). Beyond dualism: psychoanalysis and medication in the 21st century. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 160-170.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijbbers-van Wijk, C., Hendriksen, M., et al. (2008). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depression and Anxiety*, 25, 565-74.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1 (1), 104-143.
- Enactment. (2007). In *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed., p. 329). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fava, G.A. (2001). L'uso sequenziale della farmacoterapia e della psicoterapia nei disturbi depressivi. In M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), *Disturbi depressivi* (pp. 246 – 248). Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Freud, S. (1904). *Psicoterapia*. OSF (vol. 3), Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*, OSF, (vol. 7), Boringhieri, Torino, 1980..
- Freud, S. (1915). *Lutto e melanconia*. OSF (vol. 8), Boringhieri, Torino, 1980.
- Goodman, A. (1991). Organic unit theory: The mind-body problem revisited. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 5.
- Green, A. (1991). *Il linguaggio nella psicoanalisi*. Roma: Borla.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Alvarez, W. (2009). Manifestazioni e sintomi del disturbo post-traumatico da stress. In R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee* (pp. 219 -238). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kantor, S. (1990). Depression: When is psychotherapy not enough? *The Psychiatric clinics of North America*, 13, 241-54.
- Klein D. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. In P. Hartcollis (Ed.), *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient* (pp. 365-384). New York: International University Press.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008). Biographical truths and their clinical consequences: understanding 'embodied memories' in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1165-1187.
- Lopez, D., & Zorzi-Meneguzzo, L. (1988). Teoria e terapia della depressione. *Gli argonauti. Rivista di psicoanalisi e società*, 44, 3-20.
- McGlashan, T.H., & Keats, C.J.(1993). *Schizofrenia: trattamento ed esito terapeutico* [Schizophrenia: treatment process and outcome]. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Mishkin, M., Ungerleider, L.G., & Macko, K.A. (1983). Object vision and spatial vision: two cortical pathways. *Trends in Neuroscience*, 6, 414-417.
- Nasio, J.D. (Ed.). (2002). *I grandi casi di psicosi*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi.
- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) (2008) *Manuale DiagnosticoPsicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Purcell, S.D. (2008). The analyst's attitude toward pharmacotherapy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 56 (3), 913-934.

- Riba, M.B., & Balon, R. (Eds.) (2001) *Psychopharmacology and Psychotherapy: A Collaborative Approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Roose, S.P., & Stern R.H.(1995) Medication use in training cases: a survey. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 43, 163-170.
- Roose, S.P., & Cabaniss, D.L., (2006). Psicoanalisi e psicofarmacologia. In E.S. Pherson, A.M. Cooper, & G.O. Gabbard (Eds.), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca* (pp.415-433). Edizione italiana a cura di F. Del Corno e V. Lingiardi. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ruini, C., Tomba, E., & Fava, G.A. (2007). Well-Being Therapy (WBT): una strategia psicoterapica per la promozione del benessere psicologico. In A. Delle Fave (Ed.). *La Condivisione del Benessere. Il Contributo della Psicologia Positiva* (pp.113-128). Milano: FrancoAngeli.
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (2001). Psicoterapie dei disturbi depressivi: una review. In M.May, & N. Sartorius (Eds), *Disturbi depressivi* (pp.173 – 218). Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Sperry, R.W. (1968). Hemisphere deconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist*, 23, 723-33.
- Tomba, E., & Fava, G.A. (2006). L'approccio clinimetrico in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3,141-151.
- Tomba, E., & Fava, G.A. (2007). The emerging role of clinimetrics in psychological assessment. In M.A. Lange (Ed), *Leading- Edge Psychological Tests and Testing Research* (pp.129-143). New York: Nova Science Publishers.
- Tomba, E., & Fava, G.A. (2009). The sequential combination of pharmacotherapy and psychotherapy in mood and anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2, 101-109.
- Vaughan, S.C., Marshall, R.D., Mackinnon, R.A., Vaughan, R., Mellman, L., & Roose S.P. (2000). Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 513-527.