

## Dal narcisismo alla depressione attraverso comportamenti aggressivi. Illustrazioni cliniche per lo sviluppo di un modello trasformazionale di un sottotipo di depressione

### From narcissism to depression via aggression. Clinical illustrations to develop a transformational model of a subtype of depression

Hugo Bleichmar †, Javier Ramos\*, Ángeles Castro\*, Jesús Fernández Rozas\*

\* Hospital Universitario 12 de Octubre

Traducción: Giovanni Cioli

#### Riassunto

Il lavoro presenta un possibile itinerario per spiegare come un disturbo depressivo possa comparire come il risultato finale di un processo che inizia con un narcisismo patologico (vulnerabile o grandioso) in cui l'aggressività gioca un ruolo essenziale. L'obiettivo è quello di cercare di comprendere come e perché ogni anello di questo processo conduce al successivo. Questo approccio, che chiamiamo modello trasformazionale, si illustra attraverso una serie di descrizioni cliniche tratte da una terapia di gruppo a tempo determinato. Tale modello trasformazionale per la comprensione della depressione in pazienti con patologia narcisista ha il vantaggio fondamentale di rendere possibile la progettazione di interventi terapeutici specifici che incidano su ognuno degli elementi implicati nel processo. Sugeriamo che questo modello, applicato in questo caso alla depressione, possa essere applicato alla comprensione e al trattamento di altri disturbi psicopatologici.

**Palabras clave:** Depressione, Narcisismo, Comportamenti Aggressivi.

#### Abstract

This paper presents a possible pathway, including the pathway's interim steps, through which a narcissistic disorder –grandiose or vulnerable– and aggression can contribute to produce, as an end result, a depressive disorder. An attempt is made to understand how and why each step in the pathway leads to each subsequent step. This step-wise approach, which we are calling the transformational model, will be illustrated through several clinical cases derived from a time-limited group psychotherapy. The benefits of a transformational model for

understanding depression in individuals with narcissistic pathology is that such an approach could prove useful in designing more effective therapeutic interventions that are individually-tailored to target each of the specific steps in the pathway. We suggest that a transformational model, applied here towards depression, similarly could be applied to improve the understanding and treatment of other psychopathological disorders.

**Keywords:** Depression, Narcissism, Aggression.

Le origini dell'unità di Psicoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre sono strettamente collegate alla figura del Dottor Hugo Bleichmar. Non è eccessivo dire che egli agì come mentore di questa unità fin dall'inizio, partecipandovi con passione e dedizione, ed è doveroso dire che questa partecipazione non si limitò alla consulenza teorica o alla supervisione tecnica. Il professor Hugo Bleichmar non volle mai limitarsi ad osservare le cose dalla confortevole posizione che dà lo stare in tribuna, al contrario, con un gesto commovente da parte di una persona prestigiosa, decise di scendere nell'arena assistenziale della sanità pubblica spostandosi presso un ospedale collocato in un distretto lontano dai più ricchi della comunità di Madrid per lavorare con le persone le cui difficili condizioni socio economiche danno un carattere particolare alla presentazione clinica della loro sofferenza. La generosità del Dottor Bleichmar al momento di esporsi a tutti i livelli, inclusa la possibilità di essere registrato lavorando come terapeuta di gruppo, non solo ha lasciato una traccia profonda e la nostra Unità, ma merita qui e adesso un sentito ringraziamento.

### Introduzione

Nella letteratura psichiatrica e psicologica si è ripetutamente postulato il ruolo fondamentale che l'aggressività può avere come elemento scatenante o di mantenimento della depressione (Abraham, 1911/1927; Akhtar y Parens, 2014; Asberg, 2013; Balsamo, 2013; Bjork, Dougherty y Moeller, 1997; Blain-Arcaro y Vaillancourt, 2017; Busch, 2009; Busch et al., 2016; Bushman y Thomaes, 2011; Chue, Gunthert, Ahrens y Skalina, 2017; Freud, 1917; Jacobson, 1971; Kernberg, 1992; Klein, 1935; Lax, 1989; Luutonen, 2007; Ornstein, 1998; Stewart, Fitzgerald y Kamarck, 2010). E' stato sostenuto che la patologia narcisistica può contribuire in maniera importante alla produzione di certi disturbi depressivi (Blatt, 2004; Bleichmar, 1996; Busch, Rudden y Shapiro, 2016; Erkoreka y Navarro, 2017; Kealy, Tsai y Ogrodniczuk, 2012; Kernberg, 1985; Kohut, 1971, 1977; Lax, 1989; Marcinko et al., 2014; Orth, Robins, Meier y Conger, 2016; Tritt, Ryder, Ring y Pincus, 2010), risultando in questo senso molto utile la recente differenziazione che può essere stabilita tra narcisismo grandioso e narcisismo vulnerabile (Gore y Widiger, 2016; Miller, Gentile, Wilson y Campbell, 2013; Miller et al., 2011; Pincus, Cain y Wright, 2014). Queste ricerche hanno permesso di stabilire una relazione causale tra a) la patologia narcisistica e la depressione b) la patologia narcisistica e l'aggressività c) l'aggressività e la depressione.

L'intento del presente lavoro è di apportare dati clinici ottenuti a partire da diversi interventi terapeutici sviluppati con pazienti depressi che mostrerebbero come nella configurazione di un sottotipo particolare di depressione si articolino una serie di fattori. Vengono così presentati diversi itinerari che includono una serie di passaggi che hanno origine nella patologia narcisistica, sono mediati dall'ostilità e dall'aggressività e includono reazioni da parte dell'intorno sociale culminando in un disturbo depressivo.

Il modello proposto è un'applicazione di una concezione più generale della psicopatologia che concepisce i disturbi mentali come risultato di una catena di successivi stati psichici, cognitivi e affettivi, che interagiscono in modo dinamico tra di loro e anche con la realtà esterna, generando alla fine il disturbo in questione (Bleichmar, 1996, 2010).

Per cui, per esempio, una storia di vita segnata da esperienze interpersonali spaventanti e generatrici di malessere può predisporre una persona a sviluppare una fobia sociale che limita le sue opportunità nella realtà provocando non solamente sofferenza emotiva ma anche un deterioramento dell'autostima. Un'autostima danneggiata, questo concetto di sé negativo, può facilitare, a propria volta, la comparsa di un disturbo per abuso di sostanze che si determina come compensazione della sofferenza emotiva. Tuttavia, questo stesso abuso di sostanze può logorare ancora di più l'immagine di sé del paziente e rovinare le sue relazioni interpersonali, la qual cosa finisce per acutizzare la sensazione di fallimento, potendosi così favorire l'irruzione di una depressione. Perciò, ciascuno dei passi intermedi può retroagire sui precedenti, in modo che, oltre ad esistere una sequenza lineare di momenti psichici, quello che si produce è una rete nella quale le differenti componenti contribuiscono alla generazione di altri. In tutti i casi, la configurazione psicopatologica finale dipenderà dall'influenza che su questa catena causale eserciteranno i diversi tratti di personalità soggiacenti nel paziente.

Nel caso di pazienti in cui la patologia narcisistica, mediata dall'aggressività, sbocchi in un disturbo depressivo, un possibile itinerario includerebbe diversi fattori che entrano in gioco e che sarebbero in una possibile catena causale:

1. Esistenza di un disturbo narcisistico soggiacente che conduce a uno
2. Sviluppo di aspettative compensatorie poco realistiche riguardo a sé e gli altri, o alla realtà in generale, la qual cosa porta a
3. Disillusione e frustrazione che suscitano a loro volta
4. Esperienze soggettive di sofferenza e dolore che attivano
5. Rabbia o risentimento difensivo che cercano di restaurare sentimenti di valore e che spingono a
6. Funzionamenti aggressivi e ostili con le figure significative, la qual cosa conduce a un
7. Deterioramento e perdita delle relazioni rilevanti o di opportunità nella realtà, la qual cosa presuppone una
8. Acutizzazione del danno narcisistico, data l'inutilità della rabbia narcisistica e coercitiva, attivando

9. Sentimenti di impotenza e disperazione che danno luogo alla

10. Depressione

Cercheremo di mostrare con esempi clinici che non solo questi fattori intervengono ma che si concatenano in sequenze in cui ciascuno di essi si attiva come risposta o come conseguenza della presenza degli altri. Il contributo di questo lavoro consisterà nella descrizione di sequenze combinatorie attraverso cui un fattore della catena causale attiva il seguente, e nel tentativo di una spiegazione psicodinamica di come si produce tale attivazione. Gli esempi clinici presentati mostrano che non esiste un unico tipo di sequenza tra i fattori, così come l'esistenza di processi ricorsivi. L'utilità di un modello come quello che proponiamo consisterebbe nel fatto che la comprensione fine di ciascun paziente in ogni momento del processo terapeutico permette al clinico di intervenire nel singolo caso sul fattore attivo in quel momento, facilitando la precisione e la specificità tecnica, con azioni terapeutiche che si dirigono verso elementi specifici della depressione e non unicamente ai sintomi depressivi che sono la loro conseguenza.

### Scenario clinico

Il nostro lavoro si è sviluppato nell'unità di psicoterapia dell'area di gestione clinica di psichiatria e salute mentale del Hospital 12 de Octubre di Madrid con un gruppo di otto pazienti adulti, cinque donne e tre uomini, di età compresa tra i 40 e 59 anni. Daremo nomi inventati per ciascuno di essi. Si trattava di pazienti clinicamente gravi, cronici per ciò che riguarda l'evoluzione clinica, omogenei per ciò che concerne certi meccanismi psicodinamici soggiacenti e refrattari ai molteplici trattamenti psicofarmacologici e psicoterapeutici tentati.

Tutti i pazienti soddisfacevano i criteri del DSM-5 per la diagnosi di depressione maggiore, essendo notevole la presenza, per quasi tutto il giorno e praticamente ogni giorno, di un intenso stato di animo depresso e di una marcata diminuzione dell'interesse e del piacere avvertiti nella realizzazione di attività quotidiane, specialmente di carattere relazionale. In tutti i casi era importante la presenza di idee di morte, in cinque di loro (li chiameremo Juan, Irina, Antonio, Mario e Rosanna) era apprezzabile l'ideazione suicida e in tre di loro (Irene, Mario e Antonio) si registravano nella storia di vita tentativi autolitici gravi e ricorrenti.

In tutti i pazienti compariva come elemento importante la lunga evoluzione o la ricorsività del quadro depressivo e l'impossibilità di ottenere una remissione sintomatica almeno parziale nonostante i molteplici approcci tentati durante lunghi anni di trattamento nei servizi di salute mentale dell'ospedale. Erano pazienti cronici e refrattari a diverse modalità terapeutiche, la qual cosa contribuiva in modo chiaro al sentimento di disperazione.

I pazienti condividevano in larga misura una serie di dinamiche mentali che potevano essere comprese in base a biografie che includevano elementi traumatici come: 1) genitori psicologicamente disturbati (Catalina), devitalizzanti (Juan), freddi (Rosanna, Irina, Maria) o violenti 3) infanzia caratterizzata da difetti fisici che danneggiavano in maniera grave l'immagine di sé del paziente (Rosanna, Milagros) 4) patologia fisica dolorosa e invalidante non risolta o perfino aggravata trattamenti medici tentati (Mario, Catalina). Queste storie di vita portavano con sé stili relazionali caratterizzati da rabbia e risentimento come emozioni fondamentali. Si trattava di pazienti depressi nei quali i

sentimenti di ostilità (chiaramente comprensibili in alcuni di essi, molto meno in altri, per la realtà esterna) giocavano un ruolo centrale. Stati affettivi dominati da risentimento od ostilità e di fronte ai quali il paziente era solito reagire con un funzionamento paranoide rivendicativo, con scetticismo cinico nei confronti della verità, o piuttosto con rabbiosa auto privazione - rinuncia a relazioni e opportunità.

Tutto ciò indicava una chiara vulnerabilità narcisistica dalla quale i pazienti si difendevano attraverso un'ostilità rivendicativa, ostilità che forniva un sentimento di forza e orgoglio permettendo il rafforzamento dell'immagine di sé ("io non sono uno di quelli che si arrendono", "io sono capace di individuare gli attacchi e rispondere efficacemente", "io non mi sottometterò alle offese", "non tollererò di essere frustrato dalle situazioni").

I pazienti con cui lavorammo stavano portando avanti una psicoterapia psicoanalitica individuale, e furono inviati ad un certo momento per un trattamento psicoterapeutico di gruppo. Con tutti loro si stava lavorando sui meccanismi psicodinamici soggiacenti al quadro depressivo: fondamentalmente, la rilevante vulnerabilità narcisistica, spiegabile alla luce di esperienze traumatiche precoci, che portavano con sé un vissuto di profondo dolore di fronte a certe frustrazioni, la percezione dell'intorno come aggressivo ed ostile, l'emergenza conseguente di una rabbia molto potente e la reazione finale all'interno di un registro ostile, di attacco al mondo circostante o piuttosto verso se stessi (sotto forma di tentativi di suicidio rabbiosi per esempio).

Pur essendo uno degli obiettivi dell'équipe la produzione di un armamentario terapeutico efficace (proponendosi un lavoro di gruppo su pazienti depressi che condividevano funzionamenti psicodinamici comuni) ed efficiente (progettando un approccio gruppale e breve), la cosa veramente interessante fu la possibilità di approfondire la delimitazione e la descrizione di un sottotipo depressivo in cui l'aggressività giocava un ruolo centrale e si intrecciava dinamicamente con altre dimensioni psichiche per dare come risultato una configurazione clinica determinata.

La proposta che facemmo ai pazienti consisteva nell'invitarli a partecipare ad un gruppo psicoterapeutico che aveva come obiettivo quello di aggiungere un elemento nuovo ad un processo terapeutico che già era cominciato prima del gruppo e che sarebbe proseguito in forma individuale una volta che il gruppo si fosse concluso. La ragione fondamentale per giustificare questa indicazione fu l'aspettativa di un beneficio conseguito attraverso uno sforzo gruppale comune nel lavoro su schemi di funzionamento psicologico comune a tutti i pazienti, generatori fondamentali della sofferenza depressiva. Nelle loro rispettive psicoterapie individuali i pazienti si erano familiarizzati già con il compito di individuare e tentare di modificare questi meccanismi psicodinamici soggiacenti.

Si informarono gli otto partecipanti che l'intervento si sarebbe sviluppato nel corso di 10 sessioni di 90 minuti ciascuna, con una frequenza settimanale. Sebbene il terapeuta che si fece a carico del gruppo non fosse uno dei terapeuti individuali, questi ultimi furono presenti durante la terapia di gruppo nel ruolo di osservatori. Le sessioni di gruppo furono registrate in video e poi ciascuna rivista nella sessione successiva. I pazienti firmarono un formulario di consenso informato esplicitando il loro accordo con le condizioni del lavoro terapeutico.

L'equipe considerò che l'atteggiamento del terapeuta doveva essere molto attivo fin dal primo momento. L'idea era che i pazienti potessero imparare di più riguardo al loro funzionamento psichico che aveva come elemento comune l'ostilità dispiegata per proteggere un narcisismo fragile e vulnerabile, che potessero comprendere meglio quali emozioni si sviluppavano in loro in certe specifiche situazioni, che potessero analizzare dettagliatamente il modo in cui percepivano gli altri, che potessero chiarire il modo in cui le loro storie di vita e loro relazioni precoci influivano nella loro maniera di vivere le circostanze e le relazioni attuali. Tali obiettivi determinavano la dinamica che si stabiliva sessione dopo sessione a partire dalla revisione dell'incontro precedente, attraverso cui si sviluppavano i temi che si sarebbero affrontati. Non c'era la pretesa di portare a termine una ricostruzione storica dettagliata di ciascuno dei pazienti, già che questo compito era già stato concluso durante il lavoro individuale. Si enfatizzava un lavoro che, partendo da scene attuali o recenti più centrate sugli individui che componevano il gruppo che sul gruppo nel suo insieme, era diretto all'identificazione di automatismi e funzionamenti depressogeni caratteristici di ciascun paziente. Inoltre, sebbene l'obiettivo non fosse quello di promuovere una dinamica diretta a generare interpretazioni gruppali, le reazioni emotive e di transfert propiziate dalla situazione gruppale apportarono un materiale clinico nuovo e fondamentale per la comprensione dei pazienti e per il lavoro psicoterapeutico con loro.

### **L'aggressività e la sua articolazione nella dinamica psichica di ciascun paziente**

Privilegiando la chiarezza espositiva rispetto all'esaustività prenderemo soltanto alcuni abbozzi clinici di quei pazienti che formano la parte del gruppo terapeutico.

#### **Catalina**

Catalina è una donna di 69 anni abbastanza ben portati. Appare elegante, vivace, simpatica, spiritosa e acuta, facendo sempre sfoggio della sua intelligenza e della sua sensibilità per l'arte. È un'infermiera sempre preoccupata di crescere professionalmente (attaccata al lavoro, per quanto avrebbe potuto essersi pensionata da anni), arriva al mio studio attraverso un'amica intima, che è infermiera nella salute mentale. In questo momento è particolarmente significativo in lei, a livello clinico, l'alternanza tra un tono vitale abitualmente alto, senza apprezzabili difficoltà, e momenti in cui, inopinatamente, senza nessun antecedente apparentemente significativo che "i periodi invernali, con poca luce", si abbatte drammaticamente, con episodi in cui, ancora più della tristezza, predomina l'incapacità di confrontarsi con la vita e la quasi impossibilità di alzarsi dal letto.

Inizialmente adotta un atteggiamento sarcastico per esprimere la gratitudine che sente verso di noi (la sua amica, la psichiatra che la segue e me stesso) che la seguiamo con tanta amabilità e preoccupazione, quando a lei non accade nulla che non accada anche "alla restante parte dei mortali". Riempie così di normalità una storia di vita infantile caratterizzata da una madre persino più sadica che negligente (che la vide sempre con ostilità, che non la sopportava, perché vedeva in Catalina l'immagine viva di sua suocera, che le bruciava nel camino i libri), caratterizzata da un padre assente che non la difendeva e dal fratello con cui non riuscì mai ad intendersi bene. Uscita dalla famiglia di origine ebbe due matrimoni, entrambi sfortunati. Dal primo matrimonio nacquero tre figli, presume "Per opera dello spirito Santo, perché mio marito non mi toccò mai". In questo senso, parlando delle sue disdicevoli relazioni di coppia, se le risultava più facile

contattare il suo dolore, collegava questa tematica a una frase che tornò più di una volta in terapia: “io non sono mai stata la prima cosa né la più importante per nessuno”.

Progressivamente comparve con maggiore visibilità il suo lato risentito e paranoide. Nella relazione con sua figlia, che non la accudisce mai sufficientemente (“chiaro, deve occuparsi di suo marito”, dice con amarezza) e più ancora con suo figlio. È sposato, ha due bambine e vive sulla costa. Soffre spesso perché non si sente considerata da lui. È stufa della nuora, che non sopporta, “da buona suocera quale lei è” (sarcasticamente). Perde il controllo quando pensa che le visite a Madrid del figlio siano giustificate da motivi diversi che non quello di visitarla.

Ha avuto problemi sempre più evidenti con gli amici, ai quali scopre tratti detestabili e ha rotto in modo tassativo da poco tempo con una collega e amica che l’ha profondamente delusa.

È molto difficile per lei vedere il suo lato aggressivo e paranoide. È una paziente difficile che mostra inizialmente il suo lato più amabile, seduttivo ed integrato, e che rompe tassativamente le relazioni quando non si sente trattata con la cura e l’attenzione che sente di meritare e di cui ha bisogno. In questi casi nega completamente il dolore emotivo, e si carica di una aggressività intensa contro il vincolo che abbandona, che squalifica radicalmente e di cui nega l’importanza. Questo modo di funzionare farà sì che lasci la terapia di gruppo dopo la prima sessione, rimettendo in piedi il suo narcisismo attraverso la squalifica assoluta del terapeuta, che discredita in modo incredibilmente violento e al quale nega qualunque possibilità di riparazione. Risulta molto significativo il modo in cui ha luogo questa manovra, attuata attraverso varie mail. La prima di queste viene inviata da Catalina al suo terapeuta individuale il giorno successivo alla prima sessione di gruppo. Di seguito ciò che dice per abbandonare il gruppo:

Non ho dubbi circa l’esperienza professionale del terapeuta di gruppo, però non mi piace... mi ha messo un guinzaglio e una museruola... perché? Perché potevo prendere le redini? Il modo in cui mi censurava (per non dire mi criticava) affinché mi zittissi, mi avrebbe causato una grande sofferenza in un altro momento. Ora, è diverso, grazie a te. Credo che l’orchestra sia buona, ma non suonerò il violino con questo direttore.

Il terapeuta di gruppo, nel tentativo di far tornare Catalina, risponde con una mail che include questo frammento:

Mi dispiace che tu sia stata male a causa mia nella sessione di gruppo. Per prendere a prestito la tua analogia, un direttore certamente può commettere un errore. Però può correggerlo ed eventualmente lavorare bene con il violinista.

In risposta a questo messaggio, la paziente approfondisce ancor più la sua denigrazione del terapeuta di gruppo, ampliando la sua grandiosità narcisista attraverso una vittoria intellettuale e morale. E scrive:

Grazie per la cortese risposta, però le tue scuse non sono necessarie. Non mi sentii male con te né a causa tua. Semplicemente ebbi un momento sgradevole, niente più. Non si tratta di ciò che tu chiami interrompere: mi interrompesti fin dalla prima sillaba. Condivido quello che disse Hans Jonas nel suo libro *Principi di responsabilità*: quando qualcuno ha di fronte a sé un individuo vulnerabile e non può proteggerlo, si comporta in modo immorale.

Catalina lascia così il gruppo per non tornare più, con un episodio che illustra parte di un meccanismo di funzionamento che si ripete nella sua vita: (1) l'esistenza di una vulnerabilità narcisistica soggiacente che conduce a (2) aspettative grandiose riguardo agli altri e alla realtà (fantasia di essere un co-terapeuta o di essere diversa e superiore agli altri membri del gruppo), la qual cosa conduce a (3) frustrazione quando la realtà non corrisponde alle sue aspettative, la qual cosa conduce a (4) esperienze di dolore e sofferenza a cui risponde con (5) rabbia e aggressività difensiva, con (6) manifestazioni di ostilità, denigrazione degli altri e della situazione (come nelle mail), la qual cosa conduce alla (7) perdita di relazioni e opportunità nella vita reale (la possibilità di imparare qualcosa dal gruppo) e ad un (8) rafforzamento di una sensazione di umiliazione quando la sua ira coercitiva risulta inutile, che infine porta ad una (9) sensazione di impotenza riguardo ciò che desidera ed infine alla (10) depressione.

### **Irina**

Irina è una donna di 57 anni, del centro Europa, che risiede a Madrid dal 1980. Divorziata dal 2004 dopo anni di maltrattamenti da parte di suo marito. Ha due figli maschi da questo matrimonio (22 e 29 anni). Vive da sola. È un'ausiliaria della vigilanza di sicurezza. Lavora molte ore e guadagna molto poco, in una situazione economica che è passata dalla precarietà all'assoluta disperazione. Oggi non riesce a pagare l'affitto, e si sta dando da fare per ottenere aiuti dal servizio sociale e dalla Caritas, essendo giunta a prospettarsi la terribile possibilità di abbandonare la sua casa e cercare ospitalità in una struttura assistenziale (un fantasma che fa emergere il suo stile più caratteristico e il suo tono più sfidante: "piuttosto vado al cimitero. Ho molto chiaro che piuttosto mi uccido davanti alla ditta, al congresso o all'assemblea di Madrid").

Irina ha antecedenti medico chirurgici di cancro alla mammella. Operata in due occasioni ha dovuto sottoporsi a trattamento chimico e radioterapico. È diabetica.

Nella prima intervista con le lacrime agli occhi e al tempo stesso con tono di sfida mi dice "non ho voglia di vivere". Nella prima intervista appare il suo enorme sentimento di fallimento, sia sul lavoro che nella famiglia, sentendosi in questo senso tremendamente frustrata per l'avvenire che intravede per i suoi figli, specialmente il più piccolo, sgarbato ed irresponsabile, che fuma marijuana abitualmente che non lavora e che non si impegna nemmeno nello studio.

Nella sua vita dice "non mi sono mai sentita amata" (solamente da suo padre, che morì quando lei era piccola), e si dichiara già "stanca dopo aver lottato sempre tanto per portare avanti gli altri" (i suoi figli), e "senza riuscire a conseguire mai nulla per me stessa". Si trovò molto sola durante la malattia (il cancro), e si sente molto sola anche adesso, senza appoggio né protezione, con molte preoccupazioni economiche. Nonostante sia innegabile che si tratti di una donna lottatrice e forte, Irina si vede attraversata da un marcato sentimento di impotenza e disperazione sotto a cui giace l'intensa sensazione che non è possibile per lei dare inizio a progetti che abbiano prospettive di successo.

Ha fatto vari tentativi di suicidio a partire dai 16 anni, l'ultimo dei quali nel 2009.

Essendo la sua realtà esterna effettivamente durissima con una paga miserabile, difficoltà economiche, un figlio molto problematico e una grande incertezza lavorativa,



si scatena in Irina una reazione piena di rabbia, intensamente distruttiva, che impregna molte volte la relazione con un terapeuta che finisce per essere schiacciato dall'atteggiamento sfidante della paziente. Perciò il terapeuta viene costantemente interpellato così: "dimmi, dimmi vediamo quello che posso fare", che significa in realtà: "vedi, non puoi dirmi nulla". Predomina in lei l'atteggiamento con cui contrasta il suo sentimento di impotenza attraverso un presunto realismo in cui anche il terapeuta risulta essere impotente. L'orgoglio (tratto caratteriale centrale in lei) funziona come risorsa difensiva -legittima e necessaria- di fronte ad una situazione che la umilia. Un orgoglio che ha l'effetto di fargli vivere con intensa rabbia la sua situazione.

## Juan

Juan è un uomo di 44 anni, sposato (separato di recente), con un figlio, che allude "alla delusione della vita" e "alla disappetenza verso tutto" quando cerca di spiegare, con un gesto cupo e di profondo disgusto, il motivo che lo porta alla terapia. Appare effettivamente disgustato, scocciato, arrabbiato, pessimista, depresso, intrappolato in un circolo vizioso senza uscita in cui si evidenzia un sentimento di vuoto cronico e di costante insoddisfazione.

Tale insoddisfazione si dispiega prevalentemente e senza interruzione nell'ambito relazionale, tanto necessario per il paziente quanto generatore di sofferenza. Così, quando Juan comincia ad accorgersi di quelle che sente come le sue principali difficoltà – che saranno oggetto di lavoro durante tutto il trattamento-, parla della sua tremenda insicurezza: "ho bisogno di sapere quello che gli altri pensano di me, l'immagine che dò dagli altri", "credo che mi vedano ombroso, schivo", per quanto egli non si veda realmente così "è più per timidezza", "avrei bisogno di stare di più nella testa della gente", e si sente profondamente umiliato, "come una merda", quando "si rende conto che alla gente non importa nulla di lui" mentre lui credeva lo apprezzasse...

In questo senso, risulta interessante e chiarificatore il modo in cui conclude, a partire da indicatori minimi, che non è tenuto di conto in assoluto, che non si ricordano di lui per nulla, che non gli danno valore né tantomeno nella misura in cui ne ha bisogno. Allora si sente umiliato, stupido, e viene inondato da una rabbia enorme, che lo avvelena nei momenti in cui si ritrae e si isola, o che si dirige senza riflessione a quelle persone di cui ha tanto bisogno e che tanto lo frustrano. Va così distruggendo il suo mondo relazionale, danneggiandolo attivamente o allontanandosene.

Racconta una scena che esemplifica chiaramente questo stile psicologico e relazionale: parla di colleghi di lavoro che aveva nel posto che occupava fino a relativamente poco tempo fa (come bidello nell'università, cosa non da poco per un laureato che dà molto valore alla sua cultura e alla sua capacità intellettuale). Juan sentiva di avere con i colleghi una buona relazione, di apprezzamento e cameratismo, e sente la nostalgia (da una posizione passiva e silenziosa) del rapporto e del contatto quotidiano con loro. Con questo stato d'animo racconta come un giorno passò, essendo già vicine le vacanze di Natale, dall'edificio dove lavoravano giacché era abituale che la gente che lavorava lì condividesse l'acquisto di un biglietto della lotteria: "quando arrivai e mi dissero che non sapevano che anch'io volessi la lotteria, e che ormai l'acquisto era stato fatto mi presi un colpo impressionante, gli dissi che si erano già dimenticati di me... e loro mi risposero che mi comportavo come un bambino. Sono il più scemo del pianeta!" (con rabbia immensa), "se fanno un concorso sono il più scemo". "credo che queste persone non valgano la pena, dovrei eliminarle". Però sai che c'è? Che se le elimino non

mi rimane nulla”. “Non voglio dipendere tanto dalle persone però, come si fa?” (ride con profonda amarezza).

Effettivamente durante il trattamento si pone come obiettivo che la sua aspettativa e le sue necessità possano modularsi senza doversi isolare nel fortino che è diventato casa sua. Lì, quando conclude che la vita di relazione ti provoca una sofferenza insopportabile, si ritira, afferrandosi ai suoi libri, in una specie di “economia di guerra emotiva”: non sta bene, però almeno si salva dal dolore delle relazioni, dal dolore che gli provoca il fatto che i colleghi non si accorgano nemmeno della sua assenza se è stato malato qualche giorno, dal sentimento di umiliazione che gli provoca il dovere fare un passo avanti e rendersi visibile agli altri.

Pensare tutto questo mi risulta molto spesso molto difficile, amaro, deprimente, doloroso. Preso da questo dolore comincia a avere reazioni molto aggressive e significativamente inadeguate in sessione, attribuendomi per esempio una sconsideratezza sadica se non prolungo indefinitamente la sessione dopo averlo portato a pensare quanto ha bisogno del riconoscimento e dell'affetto del suo intorno. Allora inveisce con acredine contro di me con un “perché mi fai questo?” perdendo il controllo, con rabbia e risentimento.

Perciò che riguarda la sua biografia è importante sottolineare che Juan aveva vissuto una infanzia nella deprivazione. Era malaticcio e i suoi genitori erano molto freddi, molto primitivi, preoccupati esclusivamente del benessere materiale dei figli, disattendendone “altre necessità”.

Si tratta di un paziente che progredisce appena nella terapia individuale. “Mi trovo male”, dice, soffre molto, è intrappolato in un funzionamento da cui non sa come uscire. Risponde alle mie proposte, continuamente, trincerandosi nell'idea che “non riesce a vedersi” fare le cose in modo diverso, “non gli viene” fare le cose in un altro modo. “Già non so se ne ho voglia”. Afferma di provare nuovi modi di stare nel mondo. E' molto distruttivo e sfidante e al tempo stesso molto bisognoso. Arriva al gruppo con il desiderio quasi disperato che possa dargli qualcosa di nuovo e positivo.

## **Mario**

Mario è un uomo di 59 anni che giunge alla nostra unità di psicoterapia depresso, ma anche risentito, addolorato, oltraggiato, dimesso dalla unità del dolore di un altro importante ospedale di Madrid. Si sente male, con ricorrenti idee di suicidio, “io non voglio -dice- tornare a stare male come nel 2008”, quando si lasciò andare completamente e si vide obbligato ad iniziare una psicoterapia. La sua vita, scioccante, senza spazi per la tranquillità, è raccontata inizialmente privilegiando due aspetti fondamentali. Da un lato la sua terrificante storia medico-chirurgica (che include 24 operazioni), nella quale il paziente appare come vittima di una medicina negligente, inetta e brutale, che lo lasciò prostrato su una sedia a rotelle in una condizione fisica piena zeppa di limiti ed un corpo che convive quotidianamente con un dolore intenso. D'altro lato la sua complessa e difficile vita di relazione, con due matrimoni, tre figlie, una terza relazione sentimentale, appassionata e dolorosa e una successiva compagna, che ha conosciuto nel corso della psicoterapia e con cui romperà poco dopo. Essendo la sua condizione medica terribile, è vistoso il modo in cui emerge, assumendo un deciso rilievo fin dal principio, la questione relazionale, che gli ha procurato molti dispiaceri e grandi disillusioni, a cominciare dall'amara esperienza di un padre alcolista, violento e tirannico.

All'inizio compare nel paziente il bisogno di validazione del suo racconto, di riconoscimento enfatico dei traumi che ha vissuto, di accettazione acritica di un discorso in cui egli compare come un lottatore che non vuol nemmeno sentir parlare di arrendersi, che si è impegnato a mantenersi lontano da una eventuale rassegnazione al suo destino; che si è sempre difeso dalle avversità affidandosi al suo orgoglio, al suo rigore, ai suoi principi morali e alla sua capacità di soffrire. La sua narrazione, che si sostiene sulla necessità di essere apprezzato, approvato e persino ammirato dal terapeuta, parla di qualcuno capace di essere simpatico e seduttore, che creava divertenti gruppetti negli ospedali durante i suoi ricoveri, che poteva conquistare una ragazza dalla sua sedia a rotelle, che si faceva stimare per la sua lealtà e per la sua finezza nel cogliere le necessità degli altri. Un versante narcisista che si appoggia al suo lato paranoide: Mario si carica di ragioni, si riempie di forza, si dissocia dalla tristezza e si consolida nei suoi attacchi quando sente che si difende giustamente da un agente esterno che gli ha provocato grossi danni, molte volte irreparabili.

In numerose sessioni la terapia si articola attraverso il sostegno, enfatizzando la validazione, non lasciando dubbi circa l'accettazione del racconto e della immagine che il paziente propone. Una modalità di intervento che, agendo come una sorta di balsamo narcisistico, allevia i sintomi e permette un certo miglioramento dello stato d'animo, senza tuttavia cambiare in nulla la rappresentazione di sé stesso e del mondo, il suo modo di percepire la realtà ed il suo stile relazionale.

A partire dalla tranquillità che fornisce un rapporto terapeutico solido, i progressi significativi si produrranno solo quando il terapeuta adotterà uno stile confrontativo per affrontare il risentimento ed il funzionamento aggressivo del paziente. È allora che per Mario diventa possibile scoprire il suo modo di registrare la realtà. Quando può prendere coscienza della rabbia che si scatena in lui quando gli altri lo frustrano. Quando può vedere il modo in cui allora attacca le relazioni che sono per uno come lui (sensibile e dipendente dall'affettività) estremamente importanti. È allora che può anche sorprendersi nelle disgustose identificazioni col padre violento. Ed è allora che può accedere ad un vero cambiamento profondo e mettersi così in salvo da un funzionamento che lo condanna alla depressione.

Attualmente Mario sta abbastanza bene, eutimico, perfino allegro. È uno dei pazienti che è migliorato di più. Ha raggiunto una ragionevole conoscenza di sé stesso e del suo funzionamento paranoide. È consapevole della facilità con cui in lui si attiva l'acuta sensibilità nel cogliere negli altri l'inadeguatezza, la negligenza, l'incongruenza, l'incompetenza, per giustificare (logicamente, senza dubbio) una risposta aggressiva e distruttiva attraverso cui si sente potente e carico di buone ragioni. Identificammo questo funzionamento di Mario come l'apparire "del mostro dei biscotti" e più volte ci tornammo sopra.

## **Marina**

Marina ha 49 anni, è infermiera (lavora nell'unità del dolore di un ospedale pubblico), è divorziata e ha una figlia di 12 anni... è la seconda di tre sorelle ed ha una madre anziana, che soffre di una demenza e che viene curata dalla sorella piccola di Marina. Il padre, già deceduto, soffrì di una lunga e penosa infermità di cui si occupava la paziente assumendo un ruolo fondamentale, in parte per la sua professione sanitaria ed in parte perché ha da sempre avuto in famiglia questo ruolo di cura, di persona che risolve i problemi, attiva e

responsabile. Un ruolo che l'ha sfinita, che le ha provocato molto disgusto e risentimento e che oggi si scrolla di dosso con rabbia e disincanto.

La paziente giunse al mio studio già alcuni anni fa, molto provata da un ipertiroidismo che portava con sé notevoli alterazioni emotive, ansiosa e depressa in relazione a una storia e ad eventi di vita molto destabilizzanti.

Provenendo da una famiglia molto disfunzionale, con un padre cui era molto legata e che sentiva come vittima di una madre (ed una nonna materna) manipolatrici e con un certo grado di perversione, desiderò sempre creare una sua famiglia armonica e felice. Sposata, madre di una figlia, aveva sopportato per anni una situazione di maltrattamento importante senza essere capace di identificare ciò che stava vivendo per lungo tempo. Assumendo il ruolo di vittima, racconta in molte occasioni, con molto dolore e rancore, di quanto poco si era vista appoggiata dal suo intorno... si sentì vista frequentemente con freddezza e scetticismo. Non solo non la aiutavano (la sua famiglia, le sue amiche): ma in più era come se non le credessero o come se la incolpassero della sua sorte. Si vedeva terribilmente sola con sua figlia. Perfino adesso, quasi dieci anni dopo, continua a viverci abbandonata e incompresa, spesso attaccata dagli amici.

Non ha smesso di sentire la mancanza di un rapporto di coppia da allora, ma le risulta estremamente difficile sentirsi attratta da qualcuno o addirittura fidarsi di qualcuno che possa conoscere o di cui si possa interessare. È consapevole di questo estremo, gli duole essere così, ma non può evitarlo. Vive con grande sofferenza una vita che trascorre senza poter porre rimedio alla sua solitudine: gli amici o le sorelle non le bastano, non le servono, non la riempiono, la trattano aggressivamente, la tacciano di lamentosa e negativa, la considerano responsabile (o la colpevole) della sua sorte e della sua sventura. È molto angosciata dalla solitudine ma nessuna compagnia la rende felice.

Nell'ambito professionale si è vista seriamente ostacolata e ingiustamente trattata nonostante i suoi meriti e il suo valore. Infermiera intraprendente e brillante, con molta formazione e ambizione, ha finito per essere rinchiusa in un ruolo professionale nel quale si sente poco valorizzata, poco integrata; svolgendo compiti che non le sono graditi e la avviliscono. Insiste che rimane in quel luogo di lavoro solo per l'orario e le condizioni economiche, e ricorre a queste ragioni per spiegare il suo immobilismo professionale. Anche nelle relazioni soffre, si sente lasciata da parte, esclusa. Intorno a lei tutti sembrano insensibili, perfino malvagi. Le risulta difficile mettere in discussione questa percezione.

È una paziente che soffre molto, sta male, ha molta necessità del gruppo a cui va e anche un po' spaventata: "mi è difficile parlare", "per quanto non sembri nella terapia individuale, mi è molto difficile aprirmi".

### **Rosana**

Rosanna è una donna single di 45 anni che lega la sua depressione ad una visione molto negativa di sé, fondamentale sul piano relazionale e lavorativo. La disoccupazione è stata fondamentale per l'irruzione della depressione, che si aggrava col passare del tempo rendendosi più difficile trovare nuovo lavoro. Tuttavia, questa condizione estrema invece di spingerla ad agire la sprofonda nella disperazione e nell'impotenza. Non cerca lavoro e appare molto passiva in generale. Sente che nulla di quello che fa avrà successo, dato che lei stessa ha scarso valore. Guarda a sé stessa con disapprovazione e si critica aggressivamente, senza che il mio appoggio abbia un qualche effetto positivo. Al

contrario. Di fronte al mio appoggio esterno reagisce con notevole risentimento, con un atteggiamento scontroso e aggressivo che dispiega con frequenza tanto nella relazione con sé stessa (con auto squalifiche costanti) come nella relazione con chi cerca di averne cura (incluso il terapeuta).

La sua narrativa ha due aspetti fondamentali: la sua mancanza di valore e il riferimento a una realtà vissuta sempre come ostile, opposta ai suoi desideri. Non vuole nulla che venga da fuori: vuole essere lei quella che risolve i suoi problemi, vuole migliorare da sola. Quando riceve qualcosa vive ciò come una umiliazione (mi danno per carità) o come un attacco paranoide (mi danno per interesse). Nega qualunque desiderio: di coppia, di affetto, di attenzione. Ascoltando attentamente la sua storia parla di una madre secca, frustrante e poco sensibile, che non gli lasciava tenere i capelli lunghi “perché è più facile lavare e pettinare il corto” e la obbligava a portare la gonna perché “portare i pantaloni era da maschiacci”. Privata di uno sguardo luminoso e di questi piccoli piaceri infantili così importanti, si potrebbe pensare che la paziente oggi neghi a sé stessa, in modo rabbioso, qualunque possibilità di gratificazione. C’è così, da un lato, un funzionamento masochista per vendetta, ma anche una difesa dal dolore e dalla frustrazione di sentire una necessità disattesa. In questo senso, se la paziente fu frustrata allora non ricevendo l’affetto di cui aveva bisogno, “ammazza” oggi sul nascere i suoi bisogni affettivi in modo da non essere frustrata dall’esterno. Il suo rapporto con il mondo è ostile, e questa ostilità conduce alla depressione. C’è mortificazione, critica difensiva, isolamento, e in aggiunta frustrazione e critica provenienti dall’esterno. È arrabbiata e appare oppositiva, è fondamentale per lei l’auto privazione masochista per risentimento. Così il lavoro consiste nel poter spiegare le ragioni di un funzionamento auto ed etero aggressivo che le risulta molto chiaro quando le viene segnalato.

È evidente che sente piacere tanto nel rifiutare l’altro quanto nella, molto attiva, auto squalificazione. Si sente piena di forza nella critica. C’è una esibizione, un orgoglio di fronte a sé stessa nel mostrare la sua azione auto squalificante e distruttiva. Non solo sembra anticipare difensivamente la critica che le possa arrivare dall’altro, ma c’è, contemporaneamente, un appropriarsi del biasimo della madre.

Così, per ciò che riguarda la tecnica di intervento si rende necessario privilegiare la interpretazione delle sue motivazioni inconsce, condurre la paziente a domandarsi che cosa ottiene intimamente con il suo atteggiamento. Mostrare gli effetti deleteri del suo modo di funzionare. Confrontare per poterla liberare di un risentimento che conduce a negarsi qualunque possibilità di affetto, intimità e gratificazione.

Rosanna è migliorata notevolmente e si è liberata di quasi tutti i suoi sintomi depressivi (persiste un modo di mangiare, un abbuffarsi di pane e patate fritte che ha molto a che vedere con “mandare in vacca il mio sforzo di tutta la vita di curare il mio aspetto fisico, di stare mentalmente a dieta”). Ha ottenuto un lavoro gratificante che la sta aiutando molto nell’idea di sé. È anche molto meno irretita da funzionamenti masochistici nelle sue relazioni. Più connessa con il suo bisogno di essere felice. Viene volentieri al gruppo: “mi piace l’esperienza”.

### **Fattori depressogeni fondamentali, articolazione psicodinamica ed espressione clinica di un sottotipo di depressione**

Nel nostro gruppo, la fragilità narcisistica appare come l'elemento primario e centrale dei nostri pazienti, essendo la rabbia un fattore cruciale che si intreccia con questa vulnerabilità narcisistica.

Partiamo dall'idea che l'ostilità, la rabbia, l'aggressività, non si costituiscano unicamente come un elemento di accompagnamento della depressione, che non appaiono soltanto come un vettore che può emergere per fronteggiare la depressione (Catalina: "voglio smettere di colpevolizzarmi ed arrabbiarmi con gli altri, con quelli che mi hanno fatto male"): proponiamo l'aggressività anche come agente generatore della depressione, che stimola un funzionamento circolare in cui la rabbia, scoppiando distruttivamente per rovinare le relazioni interpersonali del paziente, improntando di sé la visione del mondo circostante in modo da farlo apparire ostile e di scarso valore (Marina e Juan parlano crudamente della loro terapia, di quanto sia inutile "rivoltare la merda") genera deprivazione e impossibilità di sentire amore (Irina: "non sento affetto per i miei figli").

Lo sviluppo della terapia di gruppo, che integra o contraddice ciò che era stato osservato nelle terapie individuali precedenti, ha reso possibile affinare la comprensione di come la patologia narcisistica e il fattore ostilità si articolassero e si precisassero o variassero in funzione della concorrenza di altri elementi di rilievo psicodinamico. Nel nostro lavoro si rende così possibile stabilire successive classificazioni che si sviluppano a partire dalla considerazione di diverse componenti che permettono di articolare descrizioni di una crescente complessità e sofisticazione all'interno di uno stesso sottotipo di depressione.

- 1) Essendo centrale la presenza *dell'aggressività* nei nostri pazienti, è possibile parlare di una prima classificazione in cui ricadono *due sottotipi*: quello costituito dai *più inibiti* (il risentimento "rimane dentro" come in Marina, Rosanna e Juan) e quello che comprende *i più esplosivi* (*e che distruggono attivamente le relazioni*, come Mario o Antonio, e anche Marina). Diversi pazienti desiderano esprimere la rabbia, immaginando che questo li farà stare meglio. Milagros, che ammette di essere molto arrabbiata, chiama questo obiettivo "canalizzare l'arrabbiatura in un altro modo" e suggerisce a Irina di affrontare il doloroso sentimento di "essere di troppo nel mondo" articolando l'idea che sia l'altro a "essere di troppo nel mondo". Caterina dice che anche il suo problema è che "non si arrabbia a sufficienza", e celebra come un risultato la capacità di "stare imparando ad arrabbiarsi".
- 2) Si può anche parlare di un sottogruppo in cui *il paranoide rimane ripiegato all'interno*, in senso doloroso e fobico (Marina) rispetto ad un altro in cui si evidenzia la *narcisizzazione del paranoide* (la qual cosa aggiunge un punto in più alla difficoltà del lavoro psicoterapeutico). Mario è un buon esempio di questa modalità di funzionamento. Bisognoso di apprezzamento e ammirazione, tutta la sua narrazione si struttura a partire da queste necessità e si mette al servizio della presentazione di una immagine di sé in cui appare simpatico, seduttivo, attento, acuto, perspicace. Aspetti narcisistici che si sostengono a loro volta su tratti più paranoidei: Mario si piace tanto più quanto più non è il tonto credulone che confida nella bontà apparente di un mondo che lui sa essere crudelmente ostile. Si distanzia dai sentimenti depressivi e si connette ad una immagine potente in cui si sente intelligente e raffinato, ma anche perentorio e schiacciante agendo in modo che vive come moralmente inoppugnabile.

- 3) Un'altra classificazione permetterebbe di collocare, da un lato, quelli che riconoscono chiaramente una serie di *esperienze traumatiche* che spiegano la loro depressione e d'altro lato quelli che si dichiarano sorpresi della loro condizione poiché non trovano nella loro storia avvenimenti che permettano di capire l'origine della sofferenza depressiva. Così Mario soffre delle terribili conseguenze della negligenza medica, e segnala nella sua storia un padre violento e beone; Irina parla di una madre che non la amò mai (e della prematura morte di suo padre che invece l'amò) e di una relazione coniugale di maltrattamento durata 22 anni. Juan al contrario pensa che "non mi successo niente di particolare che giustifichi la mia tristezza", cosa che commenta dopo aver parlato di una infanzia "senza affetto né allegria" contrassegnata dall'asma infantile e il bullismo subito a scuola. Rosanna, nonostante parli di una madre che "non mi insegnò mai a sentire ed esprimere affetto", non scorge nella sua storia niente di rilevante, per quanto non cessi di cercare: "ciò che mi aiuta di più è trovare dei colpevoli".
- 4) Ad un altro livello sarebbe appropriato pensare ad un sottogruppo di pazienti in cui si mantiene un certo livello di *vitalità e speranza* (in Antonio e Mario, per esempio, permane l'idea che è possibile ricevere aiuto e che tale aiuto faciliterà il cambiamento della visione del mondo e un diverso stato d'animo) da altri (Juan, Marina) che non credono che gli possa capitare qualcosa di buono, che si rifugiano in un pessimismo -in qualche misura protettivo rispetto alla frustrazione- che li intrappola e paralizza. Ottimisti da una parte e disperati dall'altro, con sfumature ovviamente, perché nel caso di Mario o Antonio la speranza è quella di incontrare qualcuno che sostenga il loro narcisismo, che li comprenda e li gratifichi in modo assoluto, che gli dia piena ragione e da una prospettiva che loda e narcisizza. Naturalmente quando questa aspettativa termina per essere inevitabilmente frustrata, questi pazienti si sentono inondati dalla frustrazione e dalla rabbia, giustamente si sentono (ai loro occhi) offesi, *distruggono relazioni* che sono essenziali per la loro vita (Mario, quando sua figlia piccola non lo considera una notte di capodanno) o adottano la via dell'auto aggressione e il suicidio rabbioso (Antonio quando non si sente appoggiato dalla moglie).
- 5) Altro aspetto significativo è quello legato al *rifiuto dell'aiuto*. Per orgoglio, per risentimento, per scetticismo, per paura di confidare nell'aiuto per poi rimanerci male. Nuovamente in alcuni casi il rifiuto si esercita da una prospettiva fobica, passiva, in altri dalla prospettiva della rabbia e della rivendicazione, di modo che da una parte impera l'evitamento del danno, dall'altra il difendersi attaccando, in modo attivo e militante. Rosanna, molto orgogliosa nell'impegnarsi a "conquistarsi le cose da sola", ammette che si priva "mille volte al giorno" dell'aiuto che potrebbe provenirle dall'esterno per sfuggire al dolore di un desiderio che possa successivamente essere frustrato. Cosa condivisa da Juan o Marina. D'altro lato Mario esemplificherebbe il rifiuto con la sfiducia narcisizzata di uno che non cade nella trappola di credere come uno stupido "nato ieri". Juan (e a volte Irina), a partire dall'orgoglio del melanconico, si trincerava nel suo scetticismo e non crede che qualcuno possa realmente aiutarla. Antonio dal canto suo, conosce bene la storia del fidarsi di qualcuno per poi scoprire che non è realmente competente e responsabile.
- 6) Con un'altra sfumatura compare il vissuto che *l'offerta di aiuto è inutile* e relativamente a questo elemento la lettura che il paziente dà della ragione per cui detto aiuto non produce effetti positivi. Da una prospettiva maggiormente

depressiva in cui si evidenzia *l'auto rimprovero*, il deficit narcisistico e la visione negativa di sé, alcuni pazienti sentono che l'aiuto finisce per essere sterile non essendo capaci di approfittarne. La carenza non è fuori ma all'interno del soggetto, e consiste in un'auto rimprovero che danneggia ancor più il soggetto. Viceversa, altri pazienti che riversano la loro *ostilità all'esterno* e discreditano il valore dell'aiuto senza sentire affatto di essere loro stessi a doversi mettere in discussione. C'è una legittima necessità di essere aiutati, e sarà il valore di quello che viene da fuori ciò che dovrà essere giudicato e valutato.

- 7) In tutti i pazienti del gruppo è indiscutibile l'importanza del *vettore relazionale*, essendo giustificata per diverse ragioni la rilevanza di questo fattore che si vede interessato dagli sforzi di alcuni soggetti di equilibrare il narcisismo ferito mediante certi funzionamenti intrapsichici e interpersonali. Alcuni pazienti necessitano della relazione in quanto essa permette di nutrire il narcisismo (in modo radicale per Catalina ma anche, per quanto in misura minore, per Mario o Antonio). Altri, invece, ricercano il contatto, fundamentalmente, per necessità di attaccamento (Marina, Irina). In alcuni la necessità di attaccamento permette di aumentare lo sforzo di mantenere le relazioni anche quando esse non implicino un particolare guadagno narcisistico, tollerando in certe occasioni persino relazioni che confrontano e mettono in discussione una immagine idealizzata (Mario nella sua relazione psicoterapeutica individuale). Altri membri del gruppo, al contrario, non esitano a distruggere -a volte con una violenza impressionante - relazioni valide se cessano di fornire lo sguardo narcisizzante che gli è necessario (Catalina, abbandonando tanto la terapia di gruppo quanto quella individuale). Certi pazienti danneggiano la loro vita di relazione difendendo il loro narcisismo con una rabbia che li fa sentire potenti ed efficaci (in Mario ciò che è utile al suo narcisismo risulta distruttivo per la relazione con le sue figlie). In altri la rabbia esplose brutalmente quando fallisce nel costringere l'intorno a funzionare in accordo ai desideri del soggetto (dimenticati, nemmeno tenuti in conto), infiammandosi furiosamente e producendo un comportamento che attenua leggermente il dolore narcisistico per mostrarsi rapidamente inefficace. Insieme alla rabbia anche la vergogna appare come un sentimento che emerge dalla fragilità narcisistica e può complicare la vita di relazione: a partire da una intensa vergogna si articolano l'allontanarsi dalla vita di relazione, lo schermirsi dallo sguardo dell'altro rispetto proprie mancanze, ma anche la perdita il nutrimento affettivo che deriva dalla relazione (Rosana, abbandonando il gruppo quando già si approssimava alla conclusione).

### Discussione

La depressione maggiore è un disturbo bio-psico-sociale multi-determinato in cui i diversi fattori entrano in gioco e interagiscono per dare luogo a configurazioni cliniche diverse. La descrizione dettagliata del sottotipo depressivo in cui si centra questo lavoro è solo un tentativo di esemplificare un modello trasformatore che delinei i passi successivi che conducono ad un disturbo. Nel caso della depressione, e insieme a quella descritta, esistono, naturalmente, altre possibili vie, come quella che potrebbe, per esempio, derivare dalla identificazione con genitori depressivi. Tale identificazione può dare luogo nel paziente a 1) una visione di sé stesso come inutile e del mondo come insoddisfacente il che condurrebbe a 2) uno sviluppo precario di abilità sociali e pratiche facilitandosi così 3) una percezione della realtà come minacciosa e aumentando così 4) una retroazione



difensiva e auto protettiva che crea 5) una sensazione di impotenza e disperazione che risulta in 6) depressione.

Gli elementi descritti in questo lavoro (disturbo narcisistico, comportamenti aggressivi, deterioramento delle relazioni interpersonali) e che si intrecciano, danno luogo semplicemente ad una delle possibili sequenze trasformazionali di stati psichici che si interconnettono ed esitano in un episodio depressivo. È conveniente sottolineare la presenza di elementi ricorsivi nelle trasformazioni sequenziali. Per esempio, l'aggressività contribuisce alla depressione, ma la depressione di per sé può generare aggressività, come tentativo di compensare un sentimento di impotenza, come si vede nel caso di Rosana.

Nel modello trasformazionale tutti gli elementi che fanno parte della sequenza si possono identificare come categorie abitualmente utilizzate nella clinica, come sono, per esempio, la patologia narcisistica, le fobie o gli stati paranoidi. Inoltre, si enfatizzano le motivazioni difensive attraverso cui un passo porta al successivo. Per esempio, la ferita narcisistica o gli stati affettivi di paura in cui la psiche, per liberarsi di questa paura, ricorre automaticamente all'attacco, il che restituisce all'io una immagine di potenza in cui è il soggetto a divenire capace di spaventare gli altri, in una inversione della situazione in cui il soggetto si sente attaccato.

In questo lavoro si sottolineano gli effetti che il comportamento dell'individuo ha nel suo mondo interpersonale, e come questi effetti sull'esterno producano a loro volta effetti sull'individuo, rafforzando ancora di più la depressione. Questa proposta può essere messa in relazione con la interessante nozione di *psicodinamica ciclica* di Paul Wachtel (Wachtel 2014a, 2014b), secondo cui il comportamento dell'individuo contribuisce alla creazione di profezie che si auto avverano: l'individuo influenza il contesto e quest'ultimo risponde in modo da rinforzare ciò che è già presente in lui, originandosi un circolo vizioso.

Ugualmente, è necessario segnalare aspetti interessanti che si sono resi evidenti grazie alla terapia di gruppo e che non sarebbe stato possibile identificare in interventi individuali. Probabilmente in futuro potremo dedicare un lavoro alla descrizione minuziosa di questa terapia di gruppo e delle analisi che in essa hanno avuto luogo. L'obiettivo qui è tuttavia segnalare quegli aspetti gruppali che hanno permesso di osservare l'intreccio dinamico di differenti fattori che contribuiscono allo sviluppo di un certo sottotipo depressivo. Uno di questi aspetti importanti potrebbe essere descritto come il differente significato che l'empatia e la comprensione del terapeuta possano avere quando siano mostrati di fronte ad altri (al posto della terapia individuale). Il caso di Rossana, per esempio, mostra le difficoltà che possono prodursi in un contesto di questo tipo sorgendo un sentimento di vergogna, che portano a rifiutare un'offerta di aiuto che viene sperimentata perfino come ri traumatizzante. Effettivamente quando il terapeuta mostra calore e simpatia per la sofferenza di Rosana lei si sente umiliata dal fatto che gli altri siano testimoni del suo bisogno di aiuto. Rosana ammette di essere una "donna molto orgogliosa", che ha bisogno di "fare le cose per conto suo", e si priva "mille volte al giorno" dell'aiuto che potrebbe ricevere dall'esterno".

In questo modo quello che potrebbe apparire come un aiuto caldo dal punto di vista del terapeuta, può essere sentito come umiliante dal paziente. Questo è un estremo che sottolinea una difficoltà tecnica importante: la discordanza tra la visione che un terapeuta

può avere di un certo intervento, allineato con gli ideali di empatia cura e contenimento e l'esperienza soggettiva che il paziente ha di tale intervento. Nella terapia individuale l'atteggiamento empatico del terapeuta si può considerare come logico e riparativo. Rafforza la fiducia del paziente nelle relazioni umane e può correggere una visione negativa instaurata da genitori freddi, distanti o svalorizzanti. Tuttavia, nel gruppo l'esperienza di essere considerato può essere dolorosa o dannosa in quanto espone la vulnerabilità del paziente agli occhi degli altri. La vergogna di fronte al gruppo compare così come una variabile psicodinamica rilevante quando si tratta di ripristinare una immagine danneggiata di sé.

Tutto ciò suggerisce che può essere utile, iniziando un gruppo, evidenziare il fatto che una parte della terapia per la depressione può elicitare sentimenti di vergogna all'emergere di tratti difficili da accettare, come l'aggressività e il risentimento. Si rende inoltre imprescindibile validare quelle reazioni che possono essere percepite come negative, spiegando che simili reazioni possono capitare nel contesto della storia di vita (identificazioni con i genitori, esperienze traumatiche, etc.) di tutti i membri del gruppo.

### Referenze

- Abraham, K. (1927). Notes on the psycho-analytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. En *Selected Papers on Psychoanalysis* (pp. 137-156). Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Obra original publicada en 1911)
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Akhtar, S. y Parens, H. (2014). *Revenge: Narcissistic injury, rage, and retaliation*. Jason Aronson.
- Asberg, K. (2013). Hostility/anger as a mediator between college students' emotion regulation abilities and symptoms of depression, social anxiety, and generalized anxiety. *Journal of Psychology* 147(5), 469-490.  
<https://doi.org/10.1080/00223980.2012.715601>
- Balsamo, M. (2013). Personality and depression: evidence of a possible mediating role for anger trait in the relationship between cooperativeness and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 46-52.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.007>
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders. Psychoanalytic contributions to their study* (pp. 13-48). International University Press.
- Bjork, J. M., Dougherty, D. M. y Moeller, F. G. (1997). A positive correlation between self-ratings of depression and laboratory-measured aggression. *Journal of Psychiatry Research*, 69(1), 33-38.
- Blain-Arcaro, C. y Vaillancourt, T. (2017). Longitudinal associations between depression and aggression in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 959-970. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0204-2>
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 935-961.
- Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Paidós.

- Bleichmar, H. (2010). Rethinking pathological mourning: Multiple types and therapeutic approaches. *Psychoanalytic Quarterly*, 79, 71-93.
- Bleichmar, H. (2018). El balance narcisista, un modelo multidimensional con implicaciones para la elección de foco terapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas* (57). <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0001003&a=El-balance-narcisista-un-modelo-multidimensional-con-implicaciones-para-la-eleccion-de-foco-terapeutico>
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Borsboom, D. y Schoevers, R. A. (2016). A Prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatic Journal*, 85(3), 183-184. <https://doi.org/10.1159/000442001>
- Busch, F. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 271-278.
- Busch, F., Rudden, M. y Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression (Second edition)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bushman, B. J. y Thomaes, S. (2011). When the narcissistic ego deflates, narcissistic aggression inflates. En J. Campbell y J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissitic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 319-329). John Wiley and Sons, inc.
- Chue, A. E., Gunthert, K. C., Ahrens, A. H. y Skalina, L. M. (2017). How does social anger expression predict later depression symptoms? It depends on how often one is angry. *Emotion Review* 17(1), 6-10. <https://doi.org/10.1037/emo0000239>
- Erkoreka, L. y Navarro, B. (2017). Vulnerable narcissism is associated with severity of depressive symptoms in dysthymic patients. *Journal of Psychiatry Research*, 257, 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.061>
- Freud, S. (1953). Mourning and melancholia. En *Standard Edition (Vol. XIV)* The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis (pp. 243-260). (Obra original publicada en 1917)
- Gore, W. L., y Widiger, T. A. (2016). Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. *Personality Disorder*, 7(4), 363-371. <https://doi.org/10.1037/per0000181>
- Jacobson, E. (1971). *Depression. Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. International Universities Press.
- Kealy, D., Tsai, M. y Ogrodniczuk, J. S. (2012). Depressive tendencies and pathological narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatry Research*, 196(1), 157-159. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.023>
- Kernberg, O. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, Inc.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. University Press.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. The University of Chicago Press.
- Lax, R. F. (1989). The narcissistic investment in pathological character traits and the narcissistic depression: Some implications for treatment. *International Journal of Psychoanalysis* 70(1), 81-90.
- Luutonen, S. (2007). Anger and depression -theoretical and clinical considerations. *Nord Journal of Psychiatry*, 61(4), 246-251. <https://doi.org/10.1080/08039480701414890>
- Marcinko, D., Jaksic, N., Ivezic, E., Skocic, M., Suranyi, Z., Loncar, M., Franić, T. y Jakovljevic, M. (2014). Pathological narcissism and depressive symptoms in

- psychiatric outpatients: mediating role of dysfunctional attitudes. *Clinical Psychology Review*, 70(4), 341-352. <https://doi.org/10.1002/jclp.22033>
- Miller, J. D., Gentile, B., Wilson, L. y Campbell, W. K. (2013). Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), 284-290. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.685907>
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples-Keller, J. y Campbell, W. K. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: a nomological network analysis. *Journal of Personality*, 79(5), 1013-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00711.x>
- Ornstein, A. (1998). The fate of narcissistic rage in psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 55-70.
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L. y Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 133-149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>
- Pincus, A. L., Cain, N. M., y Wright, A. G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders*, 5(4), 439-443. <https://doi.org/10.1037/per0000031>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. H.W. Freeman.
- Stewart, J. C., Fitzgerald, G. J. y Kamarck, T. W. (2010). Hostility now, depression later? Longitudinal associations among emotional risk factors for coronary artery disease. *Annals of Behavior Medicine*, 39(3), 258-266. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9185-5>
- Tritt, S. M., Ryder, A. G., Ring, A. J. y Pincus, A. L. (2010). Pathological narcissism and the depressive temperament. *Journal Affective Disorders*, 122(3), 280-284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.006>
- Wachtel, P. L. (2014a). An integrative relational point of view. *Psychotherapy*, 51, 342-349.
- Wachtel, P. L. (2014b). *Cyclical psychodynamics and the contextual self: The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. Routledge.