

*SEMINARIO TEORICO-PRATICO

“Luce dai buchi neri ”

Tenuto da GIANNI FRANCESETTI

12 novembre 2011 presso Associazione Italiana Gestalt Analitica - Roma

Depressione... quale?

..nella letteratura del 900 troviamo almeno 50 diverse definizioni

I- Nell'esperienza depressiva da perdita accade qualcosa nella mia vita che mi abbatte (nel senso letterale di andare verso il basso) , l'evento di perdita può essere : - di una persona – di un lavoro –di una condizione favorevole.

Il lutto chiama ad un lavoro con tempi, fasi da attraversare, ha un frutto.

II- La depressione endogena (che viene da dentro, nata nella propria casa) per la psichiatria classica è la qualità di malessere che non si sa da dove viene, si rimane disorientati rispetto al perché ... ha una qualità di vissuto diversa dal lutto, nella depressione melanconica ci si sente staccati dal finire della vita (per gli altri la vita prosegue e per me si è fermata).

All'estremo Sindrome di Cotard : staccato dalla vita (non mi sento di essere vivo pur non essendo morto) non sente il corpo , non si sta in questo mondo, isolamento estremo senza via d'uscita.

III- Legata ad uno stile di personalità un terzo tipo, un carattere con poca vitalità , con dipendenza, un seguire le regole che dà l'ambiente o quelle dettate dal partner ...stile introiettivo, coarta la propria vitalità , sente pochi interessi nella vita , nel DSM definita Distimia.

Esistono delle forme mascherate come quelle che non si esprimono emotivamente ma fisicamente.

NEL LUTTO C'E' LA PRESENZA DELL'ASSENZA, NELLA MELANCONIA
C'E' L'ASSENZA DELLA PRESENZA DELL'ALTRO

Nella melanconia il paziente non si sente presente alla vita, la dinamica figura/sfondo non si muove, come un lago piatto in cui non emerge nulla, non nasce l'intenzionalità, tutto è fermo. Il Sé non fa sentire parte della situazione, come

avviene nell'esperienza ordinaria, è perduta la funzione di connessione alla vita. La corporeità nella melanconia è staccata, desensibilizzata, è disconnessa.

ES: esperienza dello *still face* (faccia rigida) madre rigida in cui la richiesta del bambino non trova risposta, ad un certo punto il bambino scopre che non riceve risposte e si ferma, il bambino “crolla su se stesso” , vi è uno STOP dell'intenzionalità.

INTENZIONALITA': funzione della possibilità di raggiungere l'altro.

Il bambino impara a ritirarsi su di sé quando ancora non ha memoria , per cui non c'è possibilità di lutto, ed il bambino non raggiunge l'altro.

CASO CLINICO[†]

(presentato da una collega in aula, si lavora su sedute all'inizio della terapia, poi si sposta il lavoro sulle sedute dopo 3 e 6 mesi per osservare l'evoluzione).

INIZIO: Donna, 50 anni , depressa. Preoccupata, ha paura di non riuscire ad uscire (dalla depressione) vede tutto buio, è spaventata dall'idea che tutti si allontanino, in particolare la madre (quest'ultima è vissuta come uno struzzo che non sa stare accanto a chi soffre).

Indicazioni per il terapeuta: -cerca comodità corporea, tanto più se la situazione è scomoda ed il paziente è grave , -cercare i confini temporali calando la cosa nell'esperienza (chiedendo ad es: da quanto?) – capire se l'aggancio con lo psichiatra è buono perché se è grave i farmaci sono importanti, è bene parlarne all'inizio. – rispetto al senso di solitudine : evitare quando parla di “tutti”, soffermarsi ad esplorare sulla tristezza con la madre, persona significativa, in quanto legata ad una relazione . La PAURA è come una coltre sopra la solitudine .

DOPO QUALCHE MESE IN TERAPIA: In questo caso è rimasto il collegamento tra come sta ora e come stava quando stava male. È presente una continuità nella solitudine. Spesso invece non sento un cammino terapeutico tra lo star male e lo star bene nella relazione terapeutica, vi è spesso disconnessione. Altro elemento positivo il contatto con la tristezza ... è incarnata!

Fa capolino un po' di rabbia , se c'è disconnessione corriamo dei rischi a lavorare sulla rabbia perché non c'è corporeità, non c'è sfondo che contiene l'aggressività né relazionale, né reale , è fuori dal tempo e dalla vita.

La rabbia emerge quando la paziente sta un po' meno male, ATTENZIONE : là dove emerge la speranza c'è anche maggior rischio della paura di abbandono. Chi ha fatto terapia farmacologica (“sto bene perché i farmaci hanno fatto effetto”) non ha un corpo esplorato, vissuto ; non c'è reale connessione con il corpo, il farmaco porta fuori senza che il paziente abbia fatto l'esperienza di uscirne fuori.

il paziente non ha fatto il viaggio!!!

Stiamo lavorando con chi ha rinunciato a fare il viaggio per raggiungere l'altro, perché non ha la speranza di poterlo raggiungere. Anche in fase maniacale c'è tutto a disposizione ma non c'è l'intenzionalità (ci sono idee in continuo movimento) perché anche qui non c'è stato il viaggio.

La RABBIA con i borderline non ha sfondo corporeo, c'è acting out (la rabbia concentrata nel pugno: lo tirano prima di dirlo), si può invece pensare a chiedere di respirare e fare in modo che la rabbia abiti il loro corpo, ed esplorare cosa sentono quando sentono la rabbia abitare il loro corpo.

La paziente si è sempre sforzata di piacere alla madre non riuscendoci, e poi ha messo in atto questo modo di stare in relazione con tutti ... ESITO: ha perso molti rapporti !

Indicazioni per il terapeuta: -in terapia si sente libera di poter fare delle domande (rappresenta una novità nello spazio relazionale cui dar valore) – si dice preoccupata della pausa di Natale (cosa di cui avere molta cura) – emerge la necessità di appoggiarsi e la paura di dipendenza (non si può andare sull'aggressività, prima è necessario sperimentare una SANA DIPENDENZA) ...

il paziente necessita della "tetta prima di morderla"!!!

Prima va sperimentata una relazione in cui può affidarsi a qualcuno, una dipendenza buona, prima di imparare a mordere.

Quando la paziente sta meno male la domanda è : RICADRO'? ...nasconde paura e tristezza; rimandare : -sostegno psicoterapico –sostegno farmacologico – l'impegno che ci mette – la fiducia nel trovare un modo per sostenere la pausa.

Indagare poi come resta la risposta, se manca risonanza corporea nella paziente si lavora per MENTALIZZARE IL CORPO. Le parole sono piene se sono incarnate, ES: dove immagina che nel corpo la mia risposta ha un effetto?

Nella FASE INIZIALE se non ci sono vissuti forse si trovano sensazioni (vuoto, pesantezza) che vanno differenziate.

Nell'incontro con l'altro permettersi di esplorare TIMORE/ECCITAZIONE

Esperire un contatto emozionale, intenzionale comporta il TENDERE VERSO, andare verso il confine ... di contatto.

Nel lavoro con l'INTERCORPOREITA' mantenere il focus su :

- movimento
 - consapevolezza che accompagna il movimento(cosa senti nel corpo?)
 - consapevolezza nel movimento verso o via da me (lo spazio è dilatato nella depressione per cui l'intenzionalità ritirata deve piano piano nascere..cosa senti mentre ti avvicini o ti allontani da me?)
-

- rivitalizzare i sensi (rimanere fedeli al proprio bisogno d'amore)^s

IL TERAPUETA DEVE STARE ...CON LA FIDUCIA CHE QUALCOSA EMERGERA' .. *è terapeutico conservare quella fiducia che il paziente ha perso!!!*

Costruire lo sfondo relazionale per sostenere un lavoro sull'aggressività.

“io ho sentito un po' di sollievo, questo vuol dire che il sollievo era tra noi” dice Francesetti ...

Agire al posto di ... non risolve, l'azione può essere utilizzata per fecondare nel “*fra noi*” ... altrimenti si corre il RISCHIO di rivitalizzare la persona e basta ... se rivitalizzo qualcosa fra noi avendone molta cura posso avere fiducia che sto rivitalizzando qualcosa di buono.

ESPERIENZA DEPRESSIVA e DISTURBI DI PERSONALITA'

STILE DIPENDENTE

Caratterizzato da – ha difficoltà a dire di NO –coartazione della propria vitalità, dei propri vissuti – predominanza di uno dei partner nella coppia –modalità relazionale introiettiva, per cui nella relazione non sentono se stesse.

La DEPRESSIONE emerge se c'è una perdita di ruolo ES: viene meno il ruolo di madre. TRAPPOLA IN TERAPIA: “non funziono, fammi di nuovo funzionare come mi vuole mio marito!” RISCHIO : di confluire prima con il mandato del marito, poi con il mandato della madre. *Devono masticare gli introietti!!!* Lavorare sulla distanza: lontani ci si sente abbandonati, vicini ci si sente confusi . una confusione relazionale che arriva dal profondo.

BORDERLINE

Caratteristiche: -IMPREVEDIBILI, -impulsivi -grande capacità di cogliere sfumature dello sfondo

Il vissuto non è di tipo melanconico perché non dura, presenta oscillazione, ci sono tonfi acuti , depressivi , misto a rabbia , possibile acting-out; tentativi di suicidio imprevisto .un possibile vissuto :una fiammata!

D. NARCISISTICA

La depressione è rivelazione di una parte non presentabile!!!c'è sempre ed è sempre da attraversare, rappresenta un rischio. E' esperienza di avere una parte di sé impresentabile – se il paziente è *inconsapevole* va in giro come fosse un dio ... la vergogna per la parte non presentabile può portare al suicidio ben preparato – se il

paziente è *consapevole* fa sempre un po' di più, con fatica , per essere presentabile, per essere all'altezza.**

Altra esperienza depressiva per questi pazienti può emergere dopo un successo, di due tipi differenti –ammirazione (una volta raggiunto il successo si sente la vanità del gesto non consegnato a nessuno) – amore (relazionale).

SOFFERENZA ISTERICA

Caratteristiche:-Esisto nel momento in cui tu mi fai esistere, la soggettività è inconsistente ed il tentativo è di tenere l'altro a portata di mano .. non c'è cuore memorizzabile .. lavorare come le ostriche.. è necessario costruire la perla, il nucleo esperienziale. ATTENZIONE all'esperienza depressiva manipolativa: il paziente non sta veramente male ma ti vuole avvinghiare!!! Il punto NON manipolativo è quando il paziente vive con il terapeuta il vuoto, il nulla su cui costruire una consistenza.

In chiusura ... indicazioni per il terapeuta di fronte al paziente che verbalizza SUICIDIO

Aspetti da esplorare:

“Cosa ti ha illuso così tanto?”

“Vuoi difenderti da altre illusioni?”

“Che intenzionalità hai nel dirmi che ti vuoi suicidare?”

Approfondire su “L'altro irraggiungibile” a cura di G. Francesetti, M. Gecele - Ed. Franco Angeli – 2011 ††