

Introduzione alla psicoterapia psicoanalitica

Glen O. Gabbard

Riassunto

I

Concetti chiave

Volendo dare una definizione di psicoterapia psicodinamica a lungo termine possiamo dire che si tratta di “una terapia che rivolge una profonda attenzione all’interazione terapeuta-paziente , con interpretazioni del transfert e della resistenza condotte con tempi accuratamente definiti e inquadrati in una elaborata valutazione del contributo del terapeuta alla relazione interpersonale” (Gunderson, Gabbard, 1999).

I modelli concettuali per questa terapia includono il conflitto inconscio derivato dalla psicologia dell’Io, la teoria delle relazioni oggettuali, la teoria del Sé e la teoria dell’attaccamento.

Blagys e Hilsenroth (2000) hanno identificato sette aspetti tecnici distintivi delle forme psicodinamiche di terapia.

- ◆ Focus su affetto ed espressione delle emozioni
- ◆ Esplorazione dei tentativi di evitare aspetti dell’esperienza
- ◆ Identificazione di temi e pattern ricorrenti
- ◆ Discussione delle esperienze passate
- ◆ Focus sulle relazioni interpersonali
- ◆ Focus sulla relazione terapeutica
- ◆ Esplorazione di desideri, sogni e fantasie

Questi approcci vengono impiegati in modo diverso sulla base delle esigenze del paziente.

Possiamo distinguere due categorie di terapia psicodinamica a lungo termine: a tempo definito, senza limiti temporali prestabiliti.

I principi fondamentali sui quali si basa la psicoterapia psicodinamica sono così riassumibili:

- ◆ Gran parte della vita mentale è inconscia
- ◆ L’adulto è plasmato dalle interazioni tra esperienze infantili e fattori genetici
- ◆ Il transfert nei confronti del terapeuta fornisce informazioni importanti
- ◆ Il controtransfert del terapeuta fornisce indicazioni importanti per comprendere ciò che il paziente induce negli altri
- ◆ La resistenza del paziente al processo terapeutico rappresenta un elemento centrale della terapia
- ◆ Sintomi e comportamenti hanno molteplici funzioni e sono determinati da forze complesse e spesso inconse
- ◆ Il terapeuta psicodinamico aiuta il paziente ad acquisire un senso di autenticità e unicità

Funzionamento mentale inconscio

Possiamo dire che la vita mentale inconscia è uno degli aspetti che sta alla base della psicoterapia psicoanalitica psicodinamica .

Ricordiamo che Freud inizialmente aveva elaborato un modello del funzionamento mentale di tipo topografico, in cui esisteva una gerarchia stratificata di ambiti consci, preconschi e inconsci. Compito della psicoanalisi era portare i contenuti inconsci in superficie, superando la barriera della rimozione, in modo da poterli esaminare e comprendere.

Successivamente Freud è giunto alla formulazione di un modello strutturale tripartito di Io, Es e Super-Io. Questo modello porta direttamente a una teoria del conflitto inconscio, laddove le tre istanze psichiche sono in costante conflitto sull'espressione della sessualità e dell'aggressività. Tale conflitto genera angoscia in modo tale che l'Io mobiliti meccanismi di difesa atti a frenare espressioni di aggressività o sessualità proibite. Pertanto è da considerare sintomo la formazione di un compromesso che difende da un desiderio e contemporaneamente lo soddisfa in forma mascherata.

La maggior parte dei processi mentali non è osservabile direttamente.

Gli studi condotti sulla memoria offrono un notevole contributo all'approccio psicoanalitico per la comprensione del funzionamento mentale inconscio.

In funzione del tipo di esperienza coinvolta, i ricordi vengono immagazzinati in modi diversi: la memoria dichiarativa è infatti riferita a fatti e conoscenze generici, mentre la memoria procedurale riguarda le abilità. Entrambi i tipi di memoria possono poi essere distinti in base alla forma esplicita o implicita (riferita alla modalità con cui vengono più o meno consapevolmente richiamati i ricordi).

II

Valutazione, indicazioni e formulazione

Il processo di valutazione iniziale consente di selezionare i pazienti idonei a intraprendere una psicoterapia psicodinamica. Dobbiamo infatti ricordare che è il trattamento che deve essere adatto al paziente, e non viceversa.

La valutazione si rivolge a due aspetti principali:

- ◆ I sintomi del paziente possono rispondere a una psicoterapia psicodinamica?
- ◆ Esistono nel paziente le caratteristiche psicologiche che lo rendono adatto a questo tipo di trattamento?

In alcuni casi queste domande trovano risposte solo dopo parecchie sedute; ecco perché i colloqui iniziali hanno come scopo quello di fornire un'accurata diagnosi psicodinamica e non un trattamento.

Nel corso del primo incontro il terapeuta può fornire al paziente indicazioni sugli scopi della valutazione.

Il terapeuta psicodinamico vuole sempre andare oltre una diagnosi descrittiva e arrivare a conoscere il paziente come essere umano.

Nel colloquio il paziente deve essere visto come un collaboratore; la psicoterapia psicodinamica infatti non è una pratica chirurgica e il paziente non è da considerarsi un oggetto passivo, bensì compagno di un viaggio di esplorazione che vede coinvolto lui e il terapeuta.

Durante i colloqui particolare attenzione va posta anche allo studio delle forme di comunicazione non verbale messe in atto dal paziente; queste infatti sono proprie di quest'ultimo e in termini di memoria procedurale implicita veicolano un significato che si coglie nei gesti che compie, nel suo tono di voce, nel ritmo del suo respiro, ecc.

Transfert e controtransfert si delineano ancora prima dell'intervista iniziale e diventano evidenti con il progredire dei colloqui. Entrambi gli individui coinvolti nutrono aspettative verso l'altro.

La valutazione della personalità è sempre un elemento determinante nella definizione dell'idoneità del paziente ad una psicoterapia psicodinamica e le informazioni riconducibili al transfert e al controtransfert possono contribuire significativamente a questo scopo.

Una moderna comprensione della personalità include cinque elementi fondamentali (Gabbard, 2005b):

- ◆ un temperamento basato su componenti biologiche
- ◆ una costellazione di rappresentazioni interne di sé e degli altri riconducibile a stati affettivi e che vengono esteriorizzate nelle relazioni interpersonali
- ◆ un senso generale di sé continuo e stabile nel tempo
- ◆ un insieme caratteristico di meccanismi di difesa
- ◆ uno stile cognitivo correlato.

Meccanismi di difesa

Le difese sono meccanismi volti a preservare un senso di autostima dinanzi a sentimenti di vergogna e vulnerabilità narcisistica e a garantire un senso di sicurezza quando l'individuo si sente gravemente minacciato da abbandono o da altri rischi e a proteggerlo nei confronti di pericoli esterni.

I meccanismi di difesa tuttavia non si limitano a proteggere da un affetto o da un'idea inaccettabile; essi modificano anche la relazione tra il Sé e l'oggetto. possono permettere al paziente di gestire conflitti non risolti riconducibili a oggetti interni del passato o ad altri significativi nella sua realtà esterna.

Specifiche difese si associano a differenti tipi di personalità; i pazienti con personalità paranoide, ad esempio, usano come difesa primaria la proiezione in quanto permette di disconoscere sentimenti spiacevoli attribuendoli ad altri.

I meccanismi di difesa possono essere classificati secondo un'organizzazione gerarchica, dai più primitivi ai più maturi: tra le difese primitive troviamo la scissione, l'identificazione proiettiva, la proiezione, il diniego, la dissociazione, l'idealizzazione, l'acting out, la somatizzazione, la regressione e la fantasia schizoide. Appartengono a un livello superiore (difese di alto livello-

nevrotiche) l'introiezione, l'identificazione, lo spostamento, l'intellettualizzazione, l'isolamento dell'affetto, la razionalizzazione, la sessualizzazione, la formazione reattiva, la rimozione, l'annullamento retroattivo.

Costituiscono in ultimo le difese mature l'ascetismo, l'altruismo, l'anticipazione e la sublimazione.

La mentalizzazione

La teoria dell'attaccamento ci fornisce il concetto di mentalizzazione che ci aiuta a definire il livello di organizzazione del carattere o della personalità del paziente. Esiste infatti una forte correlazione tra organizzazione primitiva della personalità e attaccamento insicuro.

La mentalizzazione viene quindi definita come l'acquisizione evolutiva che permette al bambino di rispondere non solo al comportamento degli altri, ma anche alla sua concezione dei loro sentimenti. È valutabile attraverso la funzione riflessiva. Quando l'attaccamento è sicuro la mentalizzazione è un processo automatico e inconscio, permette al bambino di percepire il mondo interno da cui derivano le motivazioni del comportamento, proprio e altrui e consente inoltre di distinguere tra la percezione degli altri associata a una rappresentazione della loro figura e ciò che le persone sono realmente.

Livello di organizzazione della personalità

Al fine di determinare il livello di organizzazione della personalità di un paziente è necessario esaminare un insieme di elementi che comprendono i meccanismi di difesa, le relazioni oggettuali interne, le forze o debolezze dell'Io e la capacità di mentalizzazione. A questo punto si procede con una comprensione diagnostica della personalità che avrà valore al fine di pianificare la successiva psicoterapia.

Questo passo è importantissimo per determinare l'idoneità del paziente alla psicoterapia psicodinamica. Un livello nevrotico di organizzazione indirizza verso un approccio dinamico fortemente esplorativo, mentre un'organizzazione borderline richiede in genere che il terapeuta offra anche un supporto e interventi volti a migliorare la funzione riflessiva, a sostenere idee deficitarie dell'Io e ad aiutare il paziente a integrare le sue disparate visioni di sé e degli altri.

Diverse altre caratteristiche sono predittive di una buona capacità di utilizzare una terapia esplorativa:

- ◆ una forte motivazione alla comprensione di sé
- ◆ un significativo grado di sofferenza
- ◆ una buona tolleranza della frustrazione
- ◆ una mentalità psicologica (che rende possibile l'insight)
- ◆ la capacità di pensare in termini di analogie e metafore.

Al di là del livello borderline di organizzazione di personalità, esiste una serie di caratteristiche che suggeriscono invece la necessità di un lavoro supportivo nella psicoterapia psicodinamica; queste includono:

- ◆ la presenza di una grave crisi esistenziale
- ◆ la scarsa tolleranza della frustrazione o dell'ansia

- ◆ l'eccessiva concretezza e la relativa assenza di mentalità psicologica
- ◆ un basso livello intellettuale
- ◆ una ridotta capacità di autosservazione
- ◆ la difficoltà di instaurare un rapporto di fiducia con il terapeuta.

Una valutazione completa deve comprendere molti altri aspetti tra i quali non possiamo non includere un'accurata diagnosi descrittiva.

Il terapeuta deve tenere conto infatti anche dei sintomi che il paziente presenta, così come del decorso, dell'anamnesi familiare e della risposta a eventuali trattamenti farmacologici.

Anche un esame fisico completo condotto da un medico di medicina generale può essere utile così come l'impiego di test psicologici.

Le indicazioni per una terapia psicodinamica a lungo termine non sono definibili rigorosamente a priori a causa dell'assenza di dati sistematici. La necessità di un trattamento dipende dalle caratteristiche psicologiche della persona e dalla complessità del suo disturbo così che si rende impossibile dare adito a eccessive generalizzazioni.

La scelta della terapia deve essere concordata di volta in volta con il paziente sulla base di variabili specifiche.

Dopo la valutazione del paziente è utile elaborare una valutazione psicodinamica.

Una buona formulazione deve tenere presente una breve descrizione della natura del quadro clinico e dei fattori di stress associati e contenere un insieme di ipotesi esplicative. Deve poi spiegare come questi fattori appena descritti possano influenzare il programma terapeutico e la prognosi.

A tal fine dobbiamo tenere presenti alcuni principi chiave:

- non cercare di spiegare tutto. È utile invece focalizzare l'attenzione su uno o due temi cruciali che sembrano essere al centro dei problemi del paziente.
- Le modalità con cui i pazienti concettualizzano i loro problemi e le loro esperienze di vita possono dire molto su chi sono in realtà
- Cercare sempre di individuare i fattori stressanti che possono scatenare i sintomi o gli stati emozionali
- Prestare attenzione alle forme di comunicazione non verbale
- Basarsi sulle informazioni derivate dal transfert e dal controtransfert per meglio comprendere le difficoltà incontrate dal paziente nel corso delle sue relazioni interpersonali passate e presenti
- Osservare come i meccanismi di difesa emergono nelle resistenze manifestate nel corso dei colloqui di valutazione
- Cercare di prevedere la modalità con cui i pattern relazionali del paziente possono venir riprodotti durante la psicoterapia e influenzare il suo decorso
- Non dimenticare mai che una formulazione psicodinamica è solo un'ipotesi o un insieme di ipotesi.

III

Le basi pratiche della psicoterapia

Alcuni pazienti iniziano la terapia con lo stesso terapeuta che ha condotto il colloquio o la valutazione iniziale. Quando invece vengono inviati un collega, le modalità con cui quest'ultimo descrive il paziente contengono molte informazioni importanti, soprattutto per quanto concerne le dinamiche di transfert e controtransfert. se un paziente ci viene presentato da un collega come speciale, ecco che dovremo stare attenti all'idealizzazione transferale che nasconde.

Nel corso delle prime sedute si esamineranno le possibili reazioni suscitate nel paziente dal processo di valutazione condotto dal collega, così come la completezza della raccolta dei dati anamnestici.

Le prime sedute sono volte a una conoscenza reciproca, alla creazione di un'alleanza tra terapeuta e paziente che sia caratterizzata da empatia e partecipazione. Un'alleanza terapeutica positiva svolge infatti un ruolo importante nel mediare il cambiamento sintomatologico e costituisce una condizione necessaria per un'efficace interpretazione del conflitto inconscio.

Esistono ricerche che si sono occupate di studiare delle linee guida che favoriscano lo sviluppo di un'alleanza terapeutica : ascoltare il paziente con attenzione e sensibilità ad esempio, trasmettendo fiducia, calore e comprensione; esplorare lo svolgimento della seduta e gli stati affettivi del paziente senza atteggiamenti giudicanti, identificare nuovi temi da affrontare per raggiungere livelli più profondi di comprensione e insight.

Il terapeuta deve suscitare curiosità nel paziente affinché questo si sforzi di collaborare all'identificazione di obiettivi del trattamento ragionevoli, che, una volta discussi, renderanno più solida la nascente alleanza.

Gli psicoterapeuti devono essere preparati a spiegare ai loro pazienti cosa si intende per psicoterapia; qualora ci si imbatte in pazienti particolarmente scettici può rivelarsi opportuno offrire la possibilità di un trattamento di prova della durata di tre mesi circa che testi la validità del processo. La situazione verrà successivamente riesaminata alla fine del periodo.

Nel corso di questi primi colloqui deve essere inoltre definita chiaramente la natura collaborativa della psicoterapia. I pazienti dovranno infatti aiutare il terapeuta incontrandolo a metà strada, dovranno dunque stabilire obiettivi e fornire materiale su cui lavorare perché possano essere conseguiti.

Esistono un insieme di regole e limiti professionali che si pongono a cornice di una psicoterapia psicodinamica, volti a costruire un sistema asimmetrico che sottolinei come unico scopo del terapeuta quello di aiutare il paziente ad affrontare i problemi che lo hanno condotto in terapia, così come a creare un luogo sicuro, uno spazio in cui il paziente possa sentirsi libero di giocare con i suoi sentimenti, i pensieri e i ricordi.

Il luogo e la durata delle sedute, l'onorario del terapeuta, l'assenza di contatto fisico, una limitata self-disclosure da parte del terapeuta, la confidenzialità della relazione terapeutica, l'assenza di rapporti al di fuori della terapia sono esempi di regole e limiti a cui ci si deve attenere.

Esistono tuttavia momenti in cui questi limiti vengono superati; per andare incontro a particolari esigenze del paziente, oppure quando il terapeuta agisce una risposta controtransferale. Si tratta di infrazioni benigne, lievi e talvolta utili, e possono essere discusse nell'ambito della terapia. Diverse sono invece le violazioni dei limiti come le relazioni sessuali tra terapeuta e paziente, che implicano uno sfruttamento non etico del ruolo di terapeuta e che non vengono solitamente esaminate in terapia.

Affinché lievi trasgressioni non si trasformino col tempo in violazioni più gravi, la cornice terapeutica deve essere sottoposta costantemente a un monitoraggio delle eventuali infrazioni. I terapeuti devono infatti informare il supervisore di queste e prendere nota delle cause che le hanno determinate.

Il terapeuta non deve dimenticare che è lì per il paziente; durante le sedute non può rispondere a telefonate o messaggi ed è preferibile che prenda nota degli elementi emersi in seduta solo alla fine di questa per non ostacolare l'immersione nel controtransfert indotto dal paziente carico di informazioni terapeutiche importanti.

L'onorario rappresenta uno dei problemi più difficili per i terapeuti principianti. Non bisogna dimenticare che esso costituisce una componente che ricorda che la relazione terapeutica non è un'amicizia né un rapporto familiare o sentimentale. La psicoterapia deve inoltre comportare un certo grado di sacrificio da parte dei pazienti che diversamente potrebbero desiderare che il processo non abbia mai fine o non sentirsi motivati sufficientemente al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Spesso i pazienti provano il desiderio di fare dei regali. Quando sono poco costosi o sono fatti dal paziente stesso possono essere accettati con gratitudine, a seconda del tipo di paziente o della fase della terapia., al fine di non ostacolare l'alleanza terapeutica e non minare l'autostima del paziente. Il loro significato deve comunque essere discusso in sede di terapia, per valutare con il paziente la presenza di eventuali scopi nascosti.

Nel caso sussistano dubbi è sempre meglio rimandare la decisione e discuterne con il supervisore.

Il rispetto della privacy è parte essenziale della psicoterapia. Quando incontra il paziente in un luogo pubblico deve far mostra di riconoscerlo solo se è il paziente per primo a fare un cenno di saluto. Alcuni pazienti preferiscono tenere per sé il fatto di essere in terapia.

Un caso difficile può essere quando un telefona per essere informato circa i progressi del paziente. In circostanze simili il terapeuta può ascoltare quanto la persona ha da dire ma ha poi l'obbligo di informarlo che nulla di quanto appreso in terapia può essergli rivelato e che nella seduta successiva il parente dovrà essere informato del contatto telefonico.

IV

Interventi terapeutici

Neutralità, riservatezza e astinenza sono aspetti imprescindibili del comportamento del terapeuta.

Con neutralità si intende che il terapeuta deve astenersi dall'assumere una qualsiasi posizione giudicante nei confronti di desideri, pensieri, sentimenti e talvolta anche dei comportamenti del paziente. La terapia infatti non deve essere coercitiva.

La riservatezza si rifà invece al concetto di asimmetria della relazione terapeutica. Al centro dell'attenzione ci deve essere il paziente, per cui il terapeuta deve astenersi dal parlare della sua vita privata, della sua famiglia o dei suoi problemi personali.

Il principio dell'astinenza ricorda infine di evitare un'eccessiva gratificazione dei desideri transferali del paziente. I terapeuti possono fornire notevole gratificazione già solo ascoltando attentamente e calorosamente quanto il paziente riporta.

Lo strumento principale del terapeuta psicomotricista è l'interpretazione.. essa fornisce insight e comprensione al paziente, rendendolo consapevole di elementi che si trovano al di fuori della sua conoscenza.

Il lavoro interpretativo può spesso focalizzarsi su desideri inconsci, fantasie e credenze, componenti che appaiono nelle relazioni infantili, in quelle presenti al di fuori della terapia e nel transfert. Per quanto concerne il transfert vediamo come esso emerga chiaramente dal modo con cui il paziente dialoga e si relaziona con il terapeuta. I sentimenti che nascono in questo frangente possono restare inconsci in un primo momento. Come regola generale, il terapeuta dovrebbe postporre l'interpretazione del transfert fino a quando questo non sia quasi cosciente e pertanto accessibile alla consapevolezza del paziente. Qualora l'interpretazione fosse prematura, infatti, il paziente potrebbe risultare incapace di seguire quanto il terapeuta sta dicendo e sentirsi di conseguenza incompreso.

L'interpretazione può anche rivolgersi a temi correlati alle resistenze. Il terapeuta può rendere consapevoli i pazienti dell'uso di determinati meccanismi di difesa e degli aspetti a cui sono rivolti.

Lungo il continuum espressivo-supportivo l'asse può orientarsi verso interventi di carattere più espressivo non solo in funzione del numero di interventi esplorativi ma anche in funzione di una maggiore enfasi riferita alle dinamiche transferali.

A volte è preferibile astenersi dal fornire un'interpretazione del transfert; quando è prevalentemente positivo, ad esempio, facilita di molto il lavoro terapeutico. Di norma deve essere interpretato quando diventa una resistenza al processo. In tal senso un esempio è fornito dal transfert negativo.

I transfert tendono ad essere multistratificati. In un transfert erotico si possono ad esempio riconoscere diversi temi.

I terapeuti non devono mai scordare che il transfert è un mezzo per raggiungere un obiettivo, non un obiettivo in sé; esso va infatti usato per aiutare il paziente a comprendere relazioni significative al di fuori della terapia.

Le caratteristiche del transfert cambiano inoltre nel corso della terapia così come cambia la qualità affettiva che li accompagna.

In una psicoterapia psicodinamica molto di ciò che fa il terapeuta è non interpretativo. Troviamo infatti diversi tipi di interventi che si collocano lungo il continuum espressivo-supportivo.

Considerando questo come linea guida possiamo notare come l'osservazione venga subito dopo l'interpretazione e si differenzi da essa in quanto non include il tentativo di spiegazioni o collegamenti.

La confortazione comporta invece il tentativo di indirizzare l'attenzione del paziente verso temi di cui è conscio ma che tendenzialmente evita.

La chiarificazione vuole fare chiarezza appunto relativamente a temi che appaiono vaghi, confusi o sconnessi; può aiutare sia il paziente a riconoscere un determinato pattern, sia il terapeuta a verificare la correttezza delle sue deduzioni.

Avvicinandoci al polo supportivo troviamo l'incoraggiamento a elaborare e la validazione empatica, interventi mirati soprattutto a rafforzare l'alleanza terapeutica.

La validazione empatica riflette il tentativo del terapeuta di immergersi nello stato interno del paziente. Si tratta di un momento molto delicato, soprattutto nelle prime fasi della terapia, in quanto porta il paziente a sentirsi compreso e accettato.

Non è consigliabile forzare i tempi iniziando troppo presto a fare interpretazioni e usare la confortazione sul materiale transferale. Molti pazienti devono essere preparati prima a questo momento attraverso l'uso di altri interventi. Monitorare le fluttuazioni dell'alleanza terapeutica in funzione del lavoro sul transfert può essere un modo efficace di controllare l'utilità dell'interpretazione.

In corrispondenza del polo supportivo si trovano gli interventi psicoeducativi, i consigli e gli elogi.

Al fine di fare ipotesi circa eventuali sviluppi del transfert è utile volgere l'attenzione ai racconti che il paziente riferisce relativamente a precedenti esperienze con medici o figure dotate di una certa autorità.

il genere può influenzare lo svolgimento della terapia. Il transfert, infatti, si basa su relazioni oggettuali interne inscritte nei circuiti neurali nei primi anni di vitae che coinvolgono un Sé, un oggetto e un affetto che li lega. Si vede allora come caratteristiche reali del terapeuta possa evocare una determinata rete neurale anziché un'altra; il sesso del paziente sarà allora un impotente indicatore relativamente allo sviluppo del transfert.

V

Obiettivi e azione terapeutica

Stabilire quali siano i meccanismi dell'azione terapeutica è un compito arduo; innanzitutto è necessario creare uniformità nella concettualizzazione degli obiettivi della terapia psicodinamica. Gli obiettivi della terapia stanno infatti all'azione terapeutica come la meta di un viaggio sta al mezzo di trasporto scelto per giungere a destinazione. Tuttavia noi possiamo vedere come il viaggio psicoterapeutico abbia una molteplicità di destinazioni, legate al paziente e alla prospettiva teorica del terapeuta.

Alcuni obiettivi della psicoterapia psicodinamica

- Risoluzione del conflitto: secondo la psicologia dell'Io conflitti e sintomi sono legati a formazioni di compromesso. Scopo della terapia è esplorare la natura dei conflitti inconsci e risolvere i sintomi che essi producono. I conflitti non vengono eliminati ma si instaurano formazioni di compromesso più efficaci e adattive.
- Ricerca della verità: obiettivo del processo terapeutico è la conoscenza di sé, terapeuta e paziente lavorano sulla distinzione fatta da Winnicott tra vero e falso Sé.
- Maggiore capacità di cercare oggetti-Sé appropriati: Kohut sostiene che non superiamo mai il bisogno che altri svolgano per noi determinate funzioni; queste funzioni oggetto-Sé sono necessarie alla nostra sopravvivenza. Obiettivo della terapia è aiutare il paziente a usare questi oggetti-Sé in modo più maturo e opportuno.
- Miglioramento delle relazioni interpersonali come risultato di una maggiore comprensione delle proprie relazioni oggettuali interne: obiettivo della terapia in questo caso sarà aiutare il paziente a capire come rappresentazioni interne di sé e degli altri influenzino le relazioni interpersonali nel mondo esterno e in questo modo reintegrare aspetti di sé che vengono ripetutamente proiettati negli altri.
- Creazione di significato all'interno del dialogo terapeutico: esiste una tensione dialettica tra scoperta di significati inconsci già presenti da tempo e la creazione di significati attraverso il dialogo a cui contribuiscono sia il terapeuta che il paziente.
- Miglioramento della mentalizzazione: alla fine del trattamento il paziente dovrebbe essere capace di distinguere tra la rappresentazione interna di una persona e ciò che questa è nella realtà esterna e avere un senso del mondo interno degli altri e riconoscerlo come diverso dal proprio.

Gli obiettivi del paziente possono essere in contrasto con quelli del terapeuta perché i due individui hanno del processo terapeutico un concetto diverso.

Terapeuta e paziente devono definire obiettivi perseguibili insieme, in un processo di attiva collaborazione; devono inoltre ridefinirli periodicamente in funzione di come procede il trattamento.

L'azione terapeutica si esplica attraverso molteplici meccanismi. Un terapeuta esperto deve essere capace di modulare gli approcci usati nei vari processi in funzione delle necessità del paziente che si trova di fronte.

Blatt, in uno studio sistematico delle popolazioni cliniche in trattamento a lungo termine, ha riscontrato che pazienti con patologia anaclitica sembravano essere meno responsivi all'insight attraverso l'interpretazione ma traevano benefici dalla relazione terapeutica in sé. Diversamente, pazienti affetti da patologie introiettive sembravano rispondere meglio a insight e interpretazione. I terapeuti devono comunque tenere presente che i pazienti spesso presentano una miscela di queste caratteristiche e traggono miglioramento sia dalla relazione che dall'insight.

Come si verifica il cambiamento e cosa deve fare il terapeuta per facilitarlo?

Gli obiettivi possono essere definiti come modificazioni di reti associative inconscie. Oggetto del cambiamento saranno allora le connessioni inconscie tra uno stato emozionale e una rappresentazione oggettuale, così come le reti associative che stanno alla base degli stili difensivi usati dal paziente per regolare gli stati emozionali.

Il cambiamento delle reti associative coinvolge due processi specifici: il primo è l'indebolimento dei legami esistenti tra le componenti di un circuito che sono state attivate insieme per anni e una generale riduzione del loro livello di attivazione, il secondo è una modificazione strutturale nei circuiti neurali che portano alla creazione di nuovi legami associativi e al rafforzamento di legami precedentemente deboli.

Per anni l'enfasi è stata posta sull'assunto che gli interventi più significativi fossero quelli rivolti ai processi più profondi, inconsci. Questo a grandi linee è vero; tuttavia non bisogna dimenticare che diversi processi consci possano essere comunque fonte di notevole sofferenza. Processi impliciti ed espliciti sono psicologicamente e neurologicamente diversi ed è molto probabile che una terapia volta solo ai processi consci lasci invariati molti circuiti associativi rilevanti.

Il terapeuta deve aiutare il paziente a distinguere due modalità rilevanti di riflessione su se stessi: l'introspezione, che con atteggiamento curioso ed esplorativo guarda a esperienze del passato cercando la possibilità di cambiamenti nel futuro generando un senso di liberazione; e la rimuginazione, che torna dal passato accompagnata da rimpianto e rimorso perpetuando in tal modo ansia e depressione nel paziente.

Un altro oggetto dell'azione terapeutica sono gli stati affettivi consci. Lavorare su questi significa modificare frequenza e intensità di diversi stati emozionali aiutando così il paziente a gestire e identificare emozioni contraddittorie.

Un terzo obiettivo a livello conscio può essere l'esame degli stili di coping. I pazienti, ad esempio, possono essere incoraggiati ad usare l'umorismo per affrontare autocritica e realtà spiacevoli.

Possiamo indicare tre categorie di interventi volti a facilitare il cambiamento terapeutico: tecniche dirette all'alimentare l'insight, approcci che derivano da aspetti della relazione terapeutica e strategie secondarie, quali esposizione, self-disclosure e conferma.

Nella prima categoria rientrano le libere associazioni, l'interpretazione e l'osservazione da una prospettiva esterna.

Appartengono alla seconda categoria l'esperienza di un nuovo tipo di relazione, l'interiorizzazione di funzioni e atteggiamenti emotivi del terapeuta così come di strategie cosce di riflessione su se stessi e l'identificazione di temi transferali- controtransferali ricorrenti.

Rientrano infine tra le strategie secondarie l'uso più o meno esplicito della suggestione, la confrontazione di credenze disfunzionali, l'esame di metodi consci di problem-solving, l'esposizione, le forme di self-disclosure, la conferma e le tecniche facilitatorie.

VI

Lavorare con la resistenza

All'interno del setting interpersonale della terapia, le difese tipiche del paziente emergono sotto forma di resistenze, fornendo notevoli informazioni sulla sua vita intrapsichica. Uno dei compiti del terapeuta è quello di stimolare nel paziente un atteggiamento di curiosità rivolto a esse, poiché dal loro esame possono scaturire molte informazioni circa desideri, fantasie e conflitti.

Un terapeuta deve abituarsi a gestire la resistenza con tranquillità, considerandola come una componente attesa che va compresa empaticamente e non rimossa in modo brusco. Il silenzio, ad esempio, può avere molti significati, ma bisogna attendere che il tempo faccia il suo corso e ce li possa svelare.

Acting out/ acting in

Il termine acting in viene usato per definire quei comportamenti non verbali messi in atto dal paziente all'interno della terapia e associati a significati rilevanti che richiedono una spiegazione. L'acting out si riferisce invece a quei comportamenti che hanno luogo al di fuori della terapia e che presentano significati solitamente correlati a tematiche transferali.

L'acting in è definito principalmente da tre caratteristiche: si tratta di una forma di comportamento non verbale che coinvolge la muscolatura somatica; è associato a un'intenzionalità conscia o inconscia e a significati che possono contribuire all'esplorazione delle dinamiche; l'azione o le sue conseguenze si verificano durante le sedute e il terapeuta le può osservare direttamente.

A causa della loro natura variabile, non è possibile stabilire strategie generali ottimali per gestirle. Tuttavia non va dimenticato che si tratta sempre di comportamenti che devono essere compresi empaticamente in quanto possono comunque fornire informazioni preziose.

Alcuni pazienti presentano resistenze che comportano la negazione dell'importanza del terapeuta, come avviene ad esempio con pazienti con organizzazione narcisistica della personalità, dove l'apparente assenza di transfert è il transfert stesso. Con questo tipo di pazienti è utile procedere molto lentamente, aspettando pazientemente la comparsa di segni inequivocabili di sentimenti di transfert che possono ad esempio emergere da sogni o commenti estemporanei portati all'inizio o alla fine della seduta. Spesso infatti le frasi pronunciate poco prima di andarsene sono quelle più cariche di sentimenti transferali. Le frasi di commiato meritano, ad esempio, particolare attenzione

poiché nascondono molti significati ed è improbabile che il paziente ne riproponga i contenuti nella seduta successiva. Esse sono infatti ricche di sentimenti generati dalle separazioni precedenti e possono riflettere conflitti rispetto ad una separazione dal terapeuta.

Un altro esempio di resistenza si può osservare quando il paziente ritiene troppo precocemente di essere “guarito”; questo atteggiamento è il risultato, infatti, di strategie difensive volte a evitare la discussione di conflitti o stati affettivi che inducono sofferenza e non sono ancora stati sufficientemente esplorati. Può accadere che il paziente insista in questo atteggiamento e in tal caso la cosa più saggia da fare è accettarne la decisione e iniziare contemporaneamente a preparare il terreno per un eventuale successivo ritorno.

Arrivare in ritardo o non presentarsi affatto alle sedute costituisce una forma frequente di resistenza e come tale deve essere valutata attentamente.

VII

Sogni e fantasie nella psicoterapia dinamica

Il lavoro sui sogni è sempre stato considerato parte integrante della psicoanalisi e della terapia psicodinamica.

Uno degli assunti fondamentali della psicoanalisi è che il sogno costituisce la versione mascherata di un desiderio. Secondo Freud, il contenuto del sogno viene distinto in due livelli: manifesto, percepito superficialmente, e latente, correlato ai desideri inconsci che, minacciando di provocare il risveglio, sono deformati attraverso un processo di censura. A questo scopo intervengono diversi meccanismi di difesa, quali condensazione, spostamento e rappresentazione simbolica. Successivamente i diversi meccanismi vengono organizzati per mezzo dell’elaborazione secondaria, che tenta di dare un senso e una storia all’insieme.

Per comprendere un sogno, è necessario indagare le associazioni che il paziente compie su esso. È consigliabile posporre l’interpretazione finché il paziente non ne ha commentato i contenuti; spesso, infatti, le associazioni del paziente aprono prospettive inattese.

I sogni possono essere fonte di resistenza: il paziente, ad esempio, può considerare il terapeuta come un mago o affermare di non avere nessuna associazione da fare in merito al sogno, oppure usare l’intera seduta per l’esposizione di materiale onirico impedendo così al terapeuta di lavorare sui sogni descritti.

La fantasia è uno dei mezzi principali a cui ricorriamo per far fronte alle delusioni della realtà; le fantasticherie, infatti, spesso ci danno gratificazioni sostitutive per desideri che resterebbero altrimenti insoddisfatti.

Sogni ad occhi aperti e reverie sono spesso intesi come sinonimi di fantasia, ma probabilmente ne rappresentano solo una parte specifica. I sogni ad occhi aperti sono infatti consci e hanno una trama precisa; svolgono importanti funzioni psicologiche.

Altre fantasie sono tuttavia inconscie ed emergono solo attraverso il lavoro terapeutico; a volte diventano evidenti all'interno della relazione transferale.

Molti pazienti credono che il terapeuta, quando chiede a loro di parlare di eventuali fantasie, faccia riferimento a fantasie di natura sessuale, e per questo si imbarazzano, soprattutto per quanto riguarda fantasie correlate alla sua figura. È quindi spesso necessario intervenire chiarendo il significato del termine nell'ambito della psicoterapia.

Le fantasie erotiche sono molto importanti per la psiche umana; esse rappresentano infatti finestre sul mondo delle relazioni oggettuali, dei conflitti inconsci e delle ferite narcisistiche, così come dei traumi del passato. Ogni adulto presenta un pattern erotico specifico definito da Person impronta sessuale. Queste impronte possono corrispondere alla personalità dell'individuo o scostarsene enormemente. L'eccitazione che ne scaturisce può inoltre associarsi a un profondo senso di vergogna. Tutto questo può apparire inaccettabile al paziente, che può quindi tentare di tenerlo nascosto. Compito del terapeuta è cercare di gestire simili fantasie e timori associati con molto tatto.

Come abbiamo visto la fantasia è onnipresente; un modo per identificarla e decifrarla è quindi quello di individuare un desiderio, una risposta immaginaria a questo da parte di un'altra persona e una successiva risposta da parte del Sé.

L'esplorazione delle aspettative e delle delusioni associate agli altri generalmente fornisce la via per scoprire i dettagli della vita fantastica di un paziente.

VIII

Lavorare sul controtransfert

Il controtransfert costituisce una componente costante e imprescindibile della terapia; si tratta infatti di una parte fondamentale del lavoro quotidiano del terapeuta.

I sentimenti di controtransfert sono il risultato di un processo a cui contribuiscono congiuntamente terapeuta e paziente: il terapeuta porta infatti nella diade il suo passato, ma allo stesso tempo il paziente induce in lui delle precise reazioni.

Le nozioni di identificazione proiettiva ed enactment controtransferale sono diventate parte integrante del lavoro di psicoanalisti e psicoterapeuti psicodinamici. I due concetti coinvolgono processi simili: il primo trae origine dal pensiero kleiniano e dalla teoria delle relazioni oggettuali, il secondo si è sviluppato in seno al lavoro degli psicologi dell'Io statunitensi.

La definizione di identificazione proiettiva prevede due fasi: la prima è una rappresentazione del sé o di un oggetto che viene disconosciuta attraverso il suo spostamento inconscio su un'altra persona; la seconda avviene quando il soggetto che proietta esercita una pressione interpersonale che spinge l'altra persona a sperimentare o a identificarsi inconsciamente con quanto è stato proiettato. Il primo processo è un tipo di transfert, il secondo può essere considerato come un controtransfert.

Nel contesto di una psicoterapia esiste poi una terza fase costituita da chi riceve la proiezione, ovvero il terapeuta, il quale la contiene, la tollera e ne elabora i contenuti in modo che possano essere successivamente ripresi e reintroiettati dal paziente.

La risposta controtransferale generata nel terapeuta deve essere vista come una struttura latente che viene in qualche modo evocata dalla pressione esercitata dal paziente. Anche quando il terapeuta la percepisce come una forza esterna, quello che in realtà sta accadendo è che una rappresentazione del Sé o di un oggetto rimossa è stata attivata dalla pressione interpersonale del paziente. Il terapeuta può rendersi conto di ciò quando riconosce di avere comportamenti che normalmente non gli appartengono.

Tuttavia a volte le manifestazioni controtransferali sono più sottili. Restando almeno inizialmente a livelli inconscio, il terapeuta può riconoscerle solo attraverso varie forme di comportamento.

L'identificazione proiettiva può coinvolgere la rappresentazione del Sé o di un oggetto. quando il terapeuta si identifica con un aspetto del Sé il processo, indicato come controtransfert concordante, è strettamente correlato all'empatia; quando si identifica invece con la rappresentazione proiettata di un oggetto, il fenomeno viene definito come controtransfert complementare.

Per il terapeuta la sfida è quella di riuscire a identificare l'origine dei vari elementi che contribuiscono a generare un determinato controtransfert.

Davanti a un dato paziente, non tutti i terapeuti avranno la stessa risposta controtransferale; la sua natura infatti sarà determinata in parte anche dal mondo interno del terapeuta stesso.

Una volta identificato, il controtransfert può essere gestito.

Il terapeuta deve infatti saper resistere agli attacchi che il paziente infliggerà, comprendendo e contenendo i sentimenti controtransferali, al fine di promuovere il cambiamento.

Egli può inoltre avvalersene per avanzare un'interpretazione sul mondo interno del paziente. Ciò che viene esteriorizzato con il terapeuta riflette infatti una costellazione Sé-altro presente in questo mondo interno.

Anche ricorrere cautamente a momenti di self-disclosure dei propri sentimenti può in certi casi risultare terapeutico, al fine di aiutare il paziente a comprendere l'impatto che ha sugli altri.

Troviamo infine diversi tipi di controtransfert che sono comunemente osservabili: la fantasia di "salvare" il paziente, avvertire sensazioni di sonnolenza o noia, oppure di incapacità e impotenza, oppure ancora provare sentimenti di natura erotica.

Il modo migliore di gestire queste fantasie resta quello di identificarle precocemente, prima che si traducano in trasgressioni dei limiti della terapia, e di ribadire le regole del setting terapeutico.

IX

Rielaborazione e conclusione della terapia

La rielaborazione è il processo che induce quei cambiamenti che portano il paziente a una conclusione naturale della terapia. Essa si concentra molto sul lavoro che si opera con le resistenze e sulla presa di coscienza da parte del paziente di avere un ruolo attivo nel determinare il corso della propria vita.

Spostando l'accento sulle teorie delle relazioni oggettuali e dell'attaccamento, possiamo vedere come si presti maggiore attenzione alla rielaborazione della relazione con il terapeuta, come nuovo oggetto capace di modificare vecchi pattern di relazioni oggettuali. Questa inoltre prevede l'identificazione delle modalità con cui la relazione con il terapeuta riflette passate relazioni infantili e relazioni presenti extratransferali.

Nel corso del trattamento il paziente interiorizza un modo di vedere se stesso e il suo mondo interno che gli viene proposto dal terapeuta: il punto di vista di quest'ultimo è parte integrante del processo di rielaborazione. Contemporaneamente il terapeuta resiste ai tentativi del paziente di trasformarlo in qualcosa di diverso affinché quest'ultimo sappia accettare apertamente sia il terapeuta per quello che è sia i limiti della relazione.

Può accadere che la rielaborazione della relazione con il terapeuta nasconda momenti di difficoltà e rottura, cui faranno seguito fasi di riparazione. Perché questo accada è tuttavia necessario che venga esaminato ciò che le ha generate.

Assistiamo quindi a un passaggio da una prospettiva soggettiva a una in terza persona: il terapeuta deve infatti validare empaticamente l'esperienza soggettiva in prima persona del paziente, ma contemporaneamente fargli accettare la propria esperienza come prospettiva esterna in terza persona.

Perché questo avvenga è necessario innanzitutto promuovere nel paziente la capacità di mentalizzazione, suscitandone la curiosità o focalizzandosi sui suoi stati della mente.

A volte, durante il processo di rielaborazione, capita che ci si imbatta in situazioni di stallo; in questi casi la strategia migliore è quella di considerare la possibilità che il transfert e il controtransfert abbiano ricreato la relazione oggettuale interna del paziente più potente e tenacemente difesa. Qualora questo possa essere discusso con il paziente sarà possibile superare l'impasse. A volte l'impasse riflette un fenomeno noto come reazione terapeutica negativa; ecco allora che gli sforzi fatti dal terapeuta per aiutare il paziente si traduce in un peggioramento delle sue condizioni.

Raramente la conclusione di una terapia avviene in modo regolare e ordinato. A livello puramente ideale terapeuta e paziente a un certo punto si troveranno concordi nel ritenere raggiunti gli obiettivi posti all'inizio della terapia, i sentimenti transferali saranno stati risolti e i cambiamenti intrapsichici si saranno tradotti in reali cambiamenti nella vita del paziente. A questo punto si passerà alla definizione di un determinato periodo di tempo dedicato alla fase terminale della terapia.

Nella realtà assistiamo a infinite variazioni sul tema. Ecco elencati alcuni esempi di possibili conclusioni della terapia:

- Basata sull'accordo tra terapeuta e paziente rispetto al raggiungimento degli obiettivi
- Programmata inizialmente in base al numero di sedute
- Forzata in quanto determinata dal trasferimento del paziente o del terapeuta o ancora da motivi economici
- Unilaterale decisa dal paziente che non ritiene più utile proseguire la terapia o dal terapeuta che lo indirizzerà verso un collega
- Fallimento del tentativo di porre fine che porta a uno stato di paziente a vita
- Definizione di un termine come strategia terapeutica

Nelle terapie a tempo determinato in un certo senso la conclusione comincia ancora con le prime fasi del trattamento. In questi casi bisogna aiutare il paziente quando sarà il momento a non sentirsi completamente passivo in quella che percepisce come una situazione di abbandono. Deve altresì superare il lutto della perdita della fantasia di un terapeuta sempre disponibile e affrontare la realtà che tutte le relazioni interpersonali sono destinate prima o poi a finire.

Può capitare che la prospettiva di una conclusione riaccenda dei sintomi nel paziente, in parte come protesta a una perdita che avvertono come imposta.

In questo delicato momento anche i limiti della relazione terapeutica possono diventare più labili; bisogna dunque prestare particolare attenzione affinché questi non vengano superati.

X

La supervisione

La supervisione solitamente ha cadenza settimanale.

Esistono diverse modalità di raccolta dei dati che verranno mostrati al supervisore: si può ricorrere a registrazioni audio o video o all'uso di note scritte. Ognuno di questi tuttavia comporta vantaggi e svantaggi che possono scaturire da un influenzamento più o meno conscio da parte del paziente circa la presenza di elementi quali un video o audioregistratore.

Anche prendere appunti durante la seduta è sconsigliato in quanto il terapeuta deve essere prima di tutto presente con i suoi pazienti.

Al fine della supervisione, quindi, appaiono più utili e adeguate le note scritte al termine della seduta con il paziente, che riassumeranno i temi più importanti discussi e riporteranno alcuni interventi del terapeuta.

Anche nella supervisione si instaura una forma di alleanza che ha molto in comune con l'alleanza terapeutica; il terapeuta deve infatti sentirsi al sicuro e disposto a rivelare con chiarezza e sincerità quanto accade in terapia.

Anche nella supervisione esistono regole e limiti, il più delicato dei quali riguarda il confine tra trattamento e insegnamento: il supervisore deve evitare di fornire interpretazioni sui legami tra contotransfert ed esperienze infantili del terapeuta, focalizzandosi sul controtransfert come insieme delle risposte indotte dal paziente. Nel corso della supervisione spesso si genera un processo parallelo, per cui quanto avviene tra supervisore e terapeuta riflette aspetti della relazione terapeuta-paziente; questo tipo di fenomeno non va trascurato e deve essere esaminato senza paura in quanto rivelatore di altre difficoltà incontrate dal terapeuta durante la terapia.

In ultimo, anche dopo i primi anni di formazione il terapeuta dovrebbe includere nella sua pratica professionale un regolare ricorso al consulto con colleghi, come occasione utile al continuo miglioramento delle sue capacità e momento ideale per evitare eventuali trasgressioni dei limiti della relazione terapeutica.

XI

Competenze di base nella psicoterapia dinamica a lungo termine

È un compito molto complicato fare una valutazione delle competenze nel campo della psicoterapia psicodinamica. La nozione stessa può essere associata ad aspettative relativamente modeste quali un grado di preparazione minimo sufficiente al fine di esercitare la professione al termine del periodo di formazione.

Una valutazione più completa dovrebbe essere condotta in base a criteri alle caratteristiche specifiche dei programmi di formazione.

All'interno di tre aree generali di competenza quali le conoscenze teoriche, le capacità e le diverse attitudini, può essere individuata tutta una serie di variabili che possono determinare diversi metodi di valutazione: la presentazione di casi orale o scritta, esami orali o scritti, osservazione diretta o registrazioni audio-video delle sedute di terapia, supervisione. Alcuni di questi metodi sono più indicati per valutare le dovute competenze teoriche, altri si concentrano invece maggiormente sulle diverse capacità e attitudini.

La supervisione resta comunque ad ogni modo il sistema di valutazione più affidabile, in quanto fornisce una prospettiva longitudinale sul livello di preparazione del terapeuta.