

Cap 2

MODUS TERAPEUTICI DELLA PSICOANALISI

IL TRANSFERT

-Psicoanalisi e terapie Psicoanalitiche diverse dalle psico-pastorali-

Già Sigmund Freud parlò a più riprese di psicoanalisi e psicoterapie: in “Vie della terapia psicoanalitica” (1918) per esempio sosteneva che

«l'applicazione su vasta scala della nostra terapia ci obbligherà a legare in larga misura il puro oro dell'analisi con il bronzo (1) della suggestione [...]. Ma quale che sia la forza che assumerà questa psicoterapia per il popolo, quali che siano gli elementi che la costituiranno, è sicuro che le sue componenti più efficaci e significative resteranno quelle mutate dalla psicoanalisi rigorosa e aliena da ogni partito preso» (p. 28 vol. IX, OSF Boringhieri).

Ma prima di lui....

“Il grande errore compiuto da certi medici nel curare gli esseri umani è quello di scindere la cura dell'anima dalla cura del corpo”. Platone, Carmide, V sec. A.C.

DEFINIZIONE DI PSICOTERAPIA

La parola “**psicoterapia**” è **composta** dalla congiunzione di due termini: **psiche e terapia**, nasce nel vocabolario verso la fine del secolo scorso e indica –comunque- una pratica medica antichissima.

Probabilmente risalente forse al Paleolitico, prosegue nella Grecia antica.

Gorgia, sofista discepolo d' Empedocle, sosteneva che

la parola aveva il potere di eliminare la paura, tollerare il dolore, ispirare felicità e aumentare la compassione;

Antifonte, suo contemporaneo (490 A.C. circa),

usava la tecnica del dialogo per alleviare la sofferenza degli ammalati (fuori Corinto, ove abitava, vicino all'agorà, mise un cartello in cui annunciava di essere in grado di curare i sofferenti tramite i propri discorsi).

In ogni caso si può supporre che i Greci avevano nei riguardi del potere curante della psicoterapia e della parola, conoscenze superiori a quelle dimostrate da Kraepelin e i suoi seguaci (Fine, 1982).

Tornando alla nostra “parola composta” cerchiamo di comprenderne etimologia e significato.

-Psiche: insieme delle funzioni cerebrali, emotive, affettive e relazionali dell'individuo (in lingua greca psiche=anima)

-Terapia: branca della medicina relativa ai mezzi, le modalità, i provvedimenti adottati per alleviare e combattere i disturbi e le malattie

-Terapeuta: colui che esegue una prassi terapeutica, etimologicamente (assistente, compagno, servitore). Nella Grecia classica, “terapeuti”, si chiamavano anche coloro che collaboravano con ancelle e coppieri a “servire” gli ospiti durante feste e banchetti.

Quindi si definisce come “psicoterapia” una cura fondata sulla parola, nel rapporto tra paziente e terapeuta.

- Il termine “psico” è l'oggetto della terapia,
- il termine “terapia” la cura esercitata dal terapeuta,
- il termine “terapeuta”, colui che esercita la professione del curante, cioè di colui che è “al servizio”, “servitore del paziente”, nella ricerca del suo benessere psichico.

Sullivan H. (1954) la descrive come

“uno scambio verbale tra due individui in cui uno dei due è indicato come un esperto (terapeuta) e l'altro (paziente) come una persona in cerca d' aiuto”;

Entrambi lavorano assieme per identificare i problemi caratteristici della vita del paziente con la speranza di ottenere un miglioramento e/o una modifica del disequilibrio psicologico (il terapeuta dice <aiutami ad aiutarti>. mc).

Fossi G.(1988)

- chiama la psicoterapia “un messaggio”;
- la struttura del messaggio è: “lo ti capisco; lo ti rispetto; lo desidero aiutarti”.
- La comprensione di chi ha a che fare con le persone sofferenti costituisce un tentativo di “comprendere” sentimenti, pensieri, azioni...;
- dalla relazione fra terapeuta e paziente nasce una cooperazione sociale di coinvolgimento, d’interazione tra chi cerca aiuto (paziente) e chi accetta la responsabilità di offrirlo (terapeuta).

Pazzagli A. e Benvenuti P. (2006) intendono per psicoterapia

“...una conversazione che comporta l’ascoltare e il parlare alle persone in difficoltà con lo scopo di aiutarle a capire e a risolvere la loro situazione; il denominatore comune è rappresentato dal fatto che la psicoterapia è una terapia della mente che si attua con la mente: la parola e l’attività mentale mettono in relazione significativa tra loro, a scopo terapeutico, il curante ed il curato”.

Già Freud, nel 1904, riconosceva che la psicoterapia non era un metodo di cura moderno, al contrario, scriveva con forza: “... essa è la più antica terapia di cui la medicina si sia servita fino ai giorni nostri ...”.

Per Freud, i medici avrebbero dovuto saper riconoscere gli effetti psicoterapeutici delle loro cure, tanto che, sempre nel 1904, egli ammoniva così i componenti il Collegio dei Medici di Vienna ricordando loro che:

“Noi tutti medici, voi stessi, esercitiamo costantemente la psicoterapia, sebbene spesso non intenzionalmente E’ dannoso lasciar così interamente nelle mani del paziente il fattore psichico, nell’azione che esercitate su di lui”.

Con queste parole di avvertimento, il padre della psicoanalisi raccomandava ai suoi ascoltatori d’esercitare un’influenza mentale verso tutti quegli ammalati che ne necessitavano e che ne avrebbero tratto sicuro vantaggio.

In sintesi si definisce psicoterapia individuale un trattamento caratterizzato fondamentalmente da questi cinque aspetti:

- 1. Interazione significativa tra due persone**
- 2. Interazione soprattutto verbale**
- 3. Una persona cerca aiuto e l’altra è l’esperto che lo fornisce**
- 4. Scopo dell’interazione è recuperare quegli schemi ideativi, affettivi, comportamentali riferibili a chi soffre ed è in cerca di aiuto e che sono all’origine dei sintomi presentati e del disagio esistenziale manifestato**
- 5. Colui che richiede aiuto si aspetta sostegno e cambiamento dal terapeuta prescelto**

IL SETTING E LA RELAZIONE PSICOANALITICA

La teoria psicoanalitica classica descrive essenzialmente un funzionamento intrapsichico, anche se è dedotta da una relazione intersoggettiva in un dato setting.

Con **setting** intendiamo un insieme di fattori comprendenti le determinanti socioculturali della cura ed alcuni parametri più o meno fissi come il luogo, la frequenza e la durata delle sedute, ecc.

Si tratta di una nozione complessa, confine che separa lo spazio della cura dallo spazio sociale e delimita così un’area privilegiata in cui gli atti compiuti, **le parole scambiate, ed anche, se non soprattutto quelle non scambiate, (i silenzi) assumono un valore terapeutico.**

La relazione intersoggettiva definisce gli scambi tra lo psicoanalista ed il paziente e s’inscrive all’interno del setting, che possiamo assumere occupi una posizione gerarchicamente superiore nel senso che il setting si impone in un certo senso sui due partner

(basti pensare al tempo della seduta, che è prefissato ed è indipendente, salvo eccezioni, dalla volontà della coppia analitica); anche se come ammoniva Freud stesso “si tratta di regole di un giuoco destinate ad acquistare importanza dal piano del giuoco nel suo complesso” (1913, OSF, vol. 7, pp. 333).

Potremmo ancora dire che il setting definisce un campo di forza a cui sono sottomessi tanto l'analista che il paziente e quindi la loro relazione.

La relazione terapeutica è come un insieme in continua interazione in cui ciascuno degli interlocutori influenza l'altro (principio di azione e retroazione). L' “azione” è dunque l'influenza esercitata da un soggetto sull'altro.

Quindi sarà di capitale importanza comprendere all'interno del setting e della relazione analitica i seguenti tre punti (v. Gillieron):

- Il passaggio dalla realtà intersoggettiva alla realtà intrasoggettiva
- L'incontro del sogno e della realtà fattuale (rapporti tra interazioni reali e psico-fantasmici)
- La situazione del transfert nella relazione intersoggettiva

La terapia psicoanalitica, oltre ad essere una cura, è anche un “codice di lettura esistenziale”, quindi una forma cognitiva.

Non è né sostenibile e né conveniente operare una contrapposizione netta tra queste due modalità di “miglioramento” dell'esistenza psicofisica dell'essere umano -la terapia e la conoscenza; senz'altro tutti gli psicoanalisti trovano un common ground nell'idea che la CURA psicoanalitica passa attraverso:

- a) l'andare oltre categorie del pensabile conosciute;
- b) il percorrere strade psichiche sconosciute;
- c) il “rendere pensabile il conosciuto non pensato” (Bollas).

I mezzi, le vie per fare questo sono molti e tra questi senz'altro c'è il metodo più comune:

le libere associazioni, peculiarità del trattamento psicoanalitico, anche se sappiamo che per realizzarlo occorre che una salda e ben embricata relazione analitica tra paziente ed analista sia prima costituita.

Ed è proprio in questa articolazione tra spinta verso la guarigione (terapia) e superamento delle categorie del pensiero conscio (la conoscenza del non pensato) che sta una e forse la principale delle caratteristiche distintive della PSICOANALISI.

TERAPIE PSICOANALITICHE

Nei trattamenti ad orientamento psicoanalitico ci spostiamo dai trattamenti di tipo supportivo (sostegno) e giungiamo ai trattamenti di tipo espressivo (esplorazione), entrambi caratterizzati da tecniche e modalità di intervento specifiche e diverse; si viene così a costituire una vasta area di tipologie d'intervento che dagli anni '50 in poi ha consentito al mondo della psicoanalisi, da una parte, di ampliare il numero di coloro che potevano usufruire dei benefici delle tecniche di derivazione psicoanalitica, dall'altra di affrontare ambiti psicopatologici fino ad allora inesplorati e non affrontabili usufruendo della sola tecnica psicoanalitica classica.

Le varie forme di psicoterapia-psicoanalitica in fondo rappresentano solo varianti derivate dalla psicoanalisi che, pur avendo un background comune, se ne differenziano per

- il metodo,
- il procedimento,
- il setting, la durata del trattamento,
- la frequenza (maggiore o minore numero di incontri settimanali),
- lo scopo,
- il criterio di selezione;

si spazia così dalla

- psicoterapia psicoanalitica di breve o di lunga durata,
- alla psicoterapia psicoanalitica di sostegno,
- dalla psicoterapia focale breve (Tavistock-Malan),

- la psicoterapia a tempo limitato (Boston University-Mann),
- la psicoterapia dinamica a breve termine (McGill-University),
- la psicoterapia a breve termine generatrice d'ansia (Harvard University-Sifneos),
- la psicoterapia interpersonale alla psicoterapia come intervento elettivo sulla crisi emozionale acuta.

Al di là di questo lungo elenco, al di là delle varie modifiche strutturali,

il fine di ogni psicoterapia psicoanalitica resta sempre identico: aiutare il paziente ad operare una maturazione del proprio Sé globale e di se stesso come persona (Langs R.1979).

Riportiamo di seguito il noto schema di Cawley R.H. (1987) che fornisce sia un'utile classificazione circa **la preparazione e l'addestramento professionale del terapeuta**, sia una scala riassuntiva semplice e chiara, antesignana della più recente elencazione del "continuum" espressivo-supportivo di Gabbard G.O. (1994).

Circa la figura del terapeuta, secondo Cawley la **psicoterapia si può suddividere in tre tipi:**

- **il primo tipo è quella esercitata da ogni buon medico, psicologo, o altra figura professionale ed è implicita nell'arte del "curare"; essa comporta conoscenza del paziente, dei problemi che presenta, richiede capacità empatiche e di comunicazione.**
- La psicoterapia di secondo tipo è esercitata da uno specialista in psichiatria e/o psicologia clinica e richiede capacità di comunicazione e di comprensione con pazienti affetti da tutti i generi e i gradi di patologia psichica; se durante l'attuazione di questo tipo secondo di psicoterapia si manifestano fenomeni di transfert si evita di analizzarli a fondo e si preferisce impiegarli solo allo scopo di incoraggiare un transfert moderatamente positivo al fine di rinforzare l'alleanza terapeutica.
- La psicoterapia di terzo tipo contiene le caratteristiche del primo e secondo tipo (compreso l'atteggiamento di rispetto, comprensione, accettazione) e ad esse aggiunge la concentrazione sulla relazione terapeuta-paziente e i principi di derivazione psicoanalitica classica: analisi del transfert, del controtransfert, interpretazione dei conflitti, esplorazione del mondo interno, regressione; viene praticata da clinici individualmente appositamente "allenati", "preparati", "supervisionati" da terapeuti particolarmente "esperti" e che, pur se già specialisti nel settore della psicopatologia, abbiano alle spalle una scuola e una preparazione specifica.

Possiamo senz'altro dire che gli psicoanalisti SPI rientrano generalmente in questa terza categoria e che quindi i nostri trattamenti, che siano psicoanalisi in senso stretto o psicoterapie psicoanalitiche sono sempre effettuati da professionisti ottimamente preparati e competenti.

Difatti il training psicoanalitico deve rispettare per le Società afferenti all'IPA, come la SPI, precisi e rigorosissimi criteri che di norma formano psicoanalisti che avendo un'alta competenza generale e specifica sono in grado di svolgere sia psicoanalisi stricto sensu che psicoterapie psicoanalitiche.

Quindi, per sintetizzare, quello che i nostri psicoanalisti SPI possono offrire è, oltre ad un trattamento psicoanalitico classico, vale a dire una psicoanalisi, una psicoterapia psicoanalitica.

Per chi fosse interessato a saperne di più, nella parte seguente, dal titolo *Discussione Critica*, proporrò una disamina più tecnica su differenze e somiglianze tra psicoanalisi e psicoterapie psicoanalitiche, per poi terminare proponendo delle tavole riassuntive di cui una sinottica che hanno lo scopo di mettere in risalto anche graficamente tali differenze.

DISCUSSIONE CRITICA

Definire la psicoanalisi e distinguerla dalla psicoterapia psicoanalitica presentava già difficoltà nel 1953 al Congresso della American Psychoanalytic Association dove sembrò che si trovasse un accordo (vedi Rangell, 1954) su una definizione accettabile.

S'intendeva per psicoanalisi la terapia in cui era centrale l'analisi del transfert, mentre nella psicoterapia il transfert è gestito piuttosto che interpretato.

Ad esempio v'è da osservare che da quando gli psicoterapeuti hanno preso ad analizzare il transfert e ad adottare tecniche analitiche in terapia con frequenza di una o due sedute settimanali (anche grazie alle supervisioni di psicoanalisti chiamati a svolgere questo compito), la distinzione tra psicoterapia e psicoanalisi si è ulteriormente sfumata.

Robert S. Wallerstein (1986), in merito ai risultati del Psychotherapy research project della Menninger Foundation, sottolineava che tutti gli approcci psicoterapeutici psicoanalitici erano fondati sulla comprensione, sull'ascolto psicoanalitico e «sull'efficacia terapeutica di tecniche modificate» disponibili per il terapeuta.

Come si vede è molto difficile riuscire a fare una distinzione netta tra queste due forme - strettamente imparentate, come genitori e figli- di cura psichica.

Arriviamo a Sandler (1982, p. 48) che addirittura usando una tautologia osserva che

“La psicoanalisi è ciò che gli psicoanalisti fanno nella loro attività professionale”!

Sandler motiva la sua tesi con il fatto che senz'altro un bravo psicoanalista modifica in ogni caso almeno un poco la sua tecnica adeguandola al paziente. La conseguenza di questa tesi è che E questo a sua volta implica come lo psicoanalista si formi. Quel che rimane fondamentale è “l'atteggiamento psicoanalitico” dell'analista. Noi siamo abbastanza d'accordo che in realtà l'atteggiamento psicoanalitico su cui, tra gli altri, ha scritto un interessantissimo testo Roy Schafer nel 1984, sia certamente una determinante della cure psicoanalitiche, ma ovviamente non porta acqua al mulino del differenziare la psicoanalisi dalle psicoterapie psicoanalitiche e serve a delimitare il campo: da una parte le terapie psicoanalitiche condotte da psicoanalisti, dall'altra quelle, psicoanalitiche o meno, condotte da terapeuti di formazione diversa (psicoanalisti formati in scuole non appartenenti all'IPA, psicoterapeuti psicoanalitici, lacaniani, junghiani, rogersiani, cognitivisti, comportamentisti, bioenergetisti, gestaltisti, e così via).

Dice Marilia Aisenstein, già presidente della SPP (Società Psicoanalitica di Parigi) “La psicoterapia psicoanalitica o psicoterapia derivata dalla psicoanalisi è, secondo me, una psicoanalisi condotta da una psicoanalista in circostanze ritenute sufficientemente complesse, tali da richiedere l'introduzione di parametri differenti...a seconda della struttura mentale del paziente e dell'esperienza e delle scelte teoriche dello psicoanalista, ci può essere una psicoterapia con il paziente sdraiato sul lettino cinque volte la settimana o psicoanalisi con il paziente seduto vis a vis. Personalmente vorrei che tutto il lavoro psicoanalitico fosse chiamato 'psicoanalisi', sia che la paziente sia seduta su una sedia davanti all'analista, sia che stia sdraiata sul lettino. Basta che sia chiarito il setting” (in Frisch e AA., 2001, tr.it. 2003 Borla, p. 70). Anche Paolo Migone, attento studioso della teoria della tecnica psicoanalitica, si situa in questo solco quando afferma (1989, cit. in idem, p. 140) che è un errore aver chiamato psicoterapia quella che era psicoterapia solo come tecnica ma era psicoanalisi come teoria.

Un doveroso accenno adesso ai cosiddetti parametri di K. Eissler. Eissler, psicoanalista austriaco poi trasferitosi a New York, il custode degli Archivi di Freud, cercò di dare una sistematizzazione teorica alle modificazioni che sempre più analisti andavano introducendo nel setting. Queste modificazioni erano state indotte, in parte, dalla maggiore gravità diagnostica dei pazienti a seguito dell'allargamento dell'applicazione della psicoanalisi e dall'enorme aumento dei pazienti che proprio in quel periodo, a cavallo degli anni '50, bussavano alla porta

degli studi degli psicoanalisti americani (lo widening scope di cui parlò Leo Stone nel 1954) , e in parte, con un movimento a feed-back tra teoria e clinica, a partire dalle nuove acquisizioni teoriche della Psicologia dell'Io. Eissler teorizzò, a scopo euristico, un "modello di tecnica di base" (basic model technique): questo era un modello ideale, difficilmente attuabile in pratica, in cui si supposeva che l'analista lavorasse con un paziente con un Io intatto, e in cui gli interventi si limitavano solamente all'interpretazione verbale, senza che le regole di base fossero modificate. In questo caso l'Io del paziente è talmente forte che riesce a tollerare ed elaborare i significati trasmessi dalle interpretazioni. Dato che ci si accorse presto, nella pratica analitica con pazienti difficili (inizialmente soprattutto fobici, schizofrenici, delinquenti, ecc.), che questa tecnica di base non poteva essere tollerata da tutti, divenne indispensabile modificarne vari aspetti. Eissler coniò così il termine "parametro di tecnica" per indicare una modificazione della tecnica resa necessaria dalle condizioni deficitarie dell'Io del paziente; queste modificazioni possono includere vari tipi di interventi diversi dall'interpretazione, quali ad esempio la rassicurazione, il consiglio, la posizione vis-à-vis e così via. Però secondo Eissler - e in questo consiste il suo principale contributo - una tecnica può essere chiamata ancora "psicoanalisi" quando sono soddisfatti i seguenti quattro criteri: 1) un parametro deve essere introdotto soltanto quando è dimostrato che la tecnica del modello di base non è sufficiente; 2) il parametro non deve mai oltrepassare il minimo inevitabile; 3) un parametro deve essere utilizzato soltanto quando esso porta, alla fine, alla propria autoeliminazione; in altri termini la fase finale del trattamento deve sempre procedere con parametro zero ; 4) l'effetto del parametro sulla relazione di traslazione non deve mai essere tale da non poter essere eliminato con l'interpretazione (pp. 54-56 ed. it. del 1981). Negli anni successivi è stato messo sempre più in discussione l'assunto di Eissler secondo il quale la basic model technique, cioè la tecnica di base, debba per forza essere caratterizzata dai criteri "estrinseci" stabiliti dalla tradizione classica (lettino, quattro sedute settimanali, ecc.). Una di queste voci critiche, sicuramente la più autorevole, fu quella dell'ultimo Merton Gill (1954) che insiste da una parte sulla diversità, dall'altra riconosce tra le due forme "un continuum".

Ricordiamo adesso il suo suggerimento quasi trent'anni dopo (1984), rispetto alla distinzione tra criteri "INTRINSECI" ed "ESTRINSECI"; essi non rappresentano "l'aperti sesamo" della differenziazione, rappresentano però dei vertici osservativi, seppure a volte in antagonismo o sovrapposizione reciproca, che aiutano a riflettere sul nostro operato.

INTRINSECI: -la neutralità dell'analista, -la centralità dell'analisi del transfert, - l'induzione della nevrosi di transfert regressiva e la risoluzione di essa con la sola, o almeno principalmente, tecnica dell'interpretazione.

ESTRINSECI: -sedute frequenti, -uso del divano, -un paziente relativamente ben strutturato (cioè che si pensa possa essere analizzabile), -uno psicoanalista sufficientemente ben preparato.

Concluderemo questa panoramica citando tre grandissimi nomi della psicoanalisi contemporanea Robert D. Hinshelwood, Otto Kernberg ed André Green. Il primo (in Frisch e AA., 2001, tr.it. 2003 Borla, pag. 170) che per parlare del rapporto tra psicoanalisi e psicoterapie psicoanalitiche propone un'analogia con l'evoluzionismo: "E' come quando ci poniamo la domanda: dove si trova esattamente il punto di partenza della specie umana da quella dei nostri antenati primati ?..Sembrirebbe che non ci sia una data precisa, e non ci potrà essere una data precisa perché c'è un continuum di diversità fra le due specie; ognuna di esse si è staccata gradualmente ed è andata per la propria strada, senza una separazione netta. Nondimeno il cambiamento continuo a lungo andare ha dato luogo ad una differenza qualitativamente definita. Dunque la domanda è: quando questo cambiamento quantitativo - come per esempio la dimensione del cervello, la posizione eretta o la postura, l'uso degli utensili e così via - è diventato sufficientemente percettibile come differenza qualitativa?."

Otto Kernberg: “Dal punto di vista concettuale, per indagare il rapporto fra psicoanalisi e psicoterapie occorre una definizione chiara dell’essenza della metodologia del trattamento psicoanalitico (ovvero della "tecnica psicoanalitica"), una definizione chiara del confine tra la psicoanalisi e la psicoterapia psicoanalitica e del confine che separa la psicoterapia psicoanalitica dalle altre forme di psicoterapia ("psicoterapie di sostegno"). Considerando l’attuale sviluppo di teorie psicoanalitiche alternative e delle corrispondenti impostazioni tecniche, è davvero possibile una definizione della psicoanalisi così esauriente da metterne appunto in risalto la differenza rispetto alla psicoterapia psicoanalitica ed alle psicoterapie di sostegno? ” (testo presentato il 15 agosto 1998 alla Società Psicoanalitica Uruguiana (APU) a Montevideo, e il 19 agosto 1998 alla Società Psicoanalitica di Buenos Aires (APDEBA) a Buenos Aires).

André Green, grandissima mente psicoanalitica francese, recentemente scomparso, che ci dice “Ecco quindi quello che voglio dire: che cosa fa sì che noi possiamo preferire una psicoanalisi o una psicoterapia? Innanzitutto abbiamo un ideale di funzionamento rappresentato dalla cura psicoanalitica, giacché questa si svolge in un ambiente neutrale e non presuppone un intervento dell’analista nella vita del paziente e neanche un suo desiderio di influenzare alcuni dei suoi sintomi manifesti. Noi quindi in via di principio preferiamo la cura analitica. Naturalmente spesso sentiamo dire che psicoterapia [psicoanalitica ndr] e psicoanalisi sono in fondo la stessa cosa, molti si chiedono perché vengono fatte queste distinzioni, e così via. Penso però che Otto Kernberg abbia ragione: bisogna distinguere il livello teorico da quello clinico. Otto ha perfettamente capito che il modello della cura psicoanalitica è un modello ideale, è l’ideale al quale tende lo psicoanalista. E se in seguito egli eserciterà la psicoterapia in tutte le sue varie forme, conserverà sempre questo modello ideale della psicoanalisi così come è stato concepito da Freud” (discorso pronunciato al Convegno Internazionale “Dalla mente di Edipo al volto di Narciso?”, Torino, 7 dicembre 2008 in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 2: 215-234).

Come si diceva sopra termineremo questa presentazione presentando degli schemi che riteniamo possano aiutare chi si sta addentrando nella conoscenza della psicoanalisi sia come curioso, più o meno inesperto, che come persona che vuole approfondire le sue conoscenze in questo ambito, perché spinto dal suo istinto epistemofilo, come diciamo noi, l’istinto a conoscere, che tanto ha mosso e muove l’essere umano nella ricerca di ciò che c’è fuori di lui ed in lui. Offriamo quattro schemi ed una tavola sinottica; consapevoli di quanto queste schematizzazioni possano essere riduttive, ma anche convinti che possono rappresentare una sintesi sufficientemente buona del pensiero contemporaneo sulle differenze e le somiglianze tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica

OBIETTIVI COMUNI

Per ciò che riguarda gli obiettivi comuni tra i 2 tipi di trattamento, a seconda del caso in esame, tenuta considerazione della polifattorialità dei vari “contesti clinici” si elencano i seguenti singoli elementi:

- a) “Ottimizzare”, per quanto possibile la frequenza la durata della cura;**
- b) “Favorire” la spinta verso foci esplorativi, la libertà di lasciarsi andare ad associare liberamente immagini, pensieri, fantasie, “Fornire”, ma non solo, interpretazioni transferali;**
- c) “Oscillare” tra i 2 estremi di interventi di interazione tesi da una parte ad offrire sostegno e dall’altra a prospettare punti di vista alternativi (Aless. M., Gian M. 2012);**
- d) “Attenuare o eliminare la sintomatologia”;**
- e) “Sviluppare” la capacità introspettiva, la capacità di tolleranza, la capacità di accettarsi per quello che si è;**

- f) “Liberare” le energie spinte all’autoconservazione, l’autoaffermazione, l’autodeterminazione, l’assertività;
- g) “Migliorare” l’adeguamento alla realtà, le relazioni interpersonali, la gioia di vivere.

FATTORI TERAPEUTICI SPECIFICI E ASPECIFICI SPECIFICI

- 1) Instaurazione, mantenimento ed uso adeguato del “setting”;
- 2) Condizione, lungo tutto il processo, di neutralità, privatezza, astinenza ed anonimata del terapeuta;
- 3) Attivazione, da parte del terapeuta di un atteggiamento affettivo premuroso, attento e disponibile assieme all’installazione dell’alleanza terapeutica (rispetto delle regole contrattate da parte del terapeuta e del paziente)

ASPECIFICI

- 1) Bisogno di conoscere, di trovare spiegazioni;
- 2) Bisogno di amare ed esser amati;
- 3) Bisogno di comunicare, di collaborare, di mantenere rapporti validi e duraturi;
- 4) Bisogno di fare progetti, di dividerli;
- 5) Bisogno di favorire idealizzazioni (Fossi G. 2006)

LIVELLI DI PSICOTERAPIA

Per ciò che riguarda i “livelli” di psicoterapia, Cawley ne indica formalmente tre gradi rispettivamente distinti in: superficiale (appoggio e consiglio), intermedio, profondo (esplorazione e analisi).

-SUPERFICIALE (Appoggio e Consiglio)

- 1) scaricare i propri problemi confidandoli ad un ascoltatore comprensivo
- 2) discutere le proprie emozioni nell’ambito di un rapporto che fornisce appoggio
- 3) discutere problemi attuali con una persona che aiuta senza esprimere giudizi

-INTERMEDIO.

- 4) chiarire i problemi, la loro natura e la loro origine, nell’ambito di un rapporto più profondo
- 5) affrontare le difese

-PROFONDO (Esplorazione e Analisi)

- 6) interpretare motivazioni e fenomeni di transfert inconsci
- 7) ripetere, ricordare e ricostruire il passato
- 8) regredire ad un funzionamento meno adulto
- 9) risolvere i conflitti rivivendoli e rielaborandoli

INTERVENTI

Gabbard G.O. (1990, 1994) riporta a sua volta, più recentemente, un “continuum” di **interventi divisi in sette categorie**; lo schema è quello seguito dagli operatori impegnati da svariati anni nello studio e nella ricerca attuata alla Menninger Clinic negli USA. Stavolta, partendo dal polo “espressivo” (esplorativo)-(psicoterapia psicoanalitica) verso quello “supportivo” (di sostegno)-(psicoterapia di sostegno), semplificando al massimo, sono così gerarchicamente caratterizzati:

ESPRESSIVO ----- SUPPORTIVO

- 1) Interpretazione
- 2) Confronto
- 3) Chiarificazione
- 4) Incoraggiamento
- 5) Convalida
- 6) Consigli ed elogi
- 7) Conferma

1. **INTERPRETAZIONE:** nelle forme di trattamento più espressive è lo strumento di maggiore importanza, significa rendere conscio qualcosa che prima di essa era inconscio
2. **CONFRONTO:** si rivolge a qualcosa che il paziente non riesce ad accettare o che identifica l'evitamento oppure la minimizzazione della valenza comunicativa
3. **CHIARIFICAZIONE:** comporta una riformulazione delle parole del paziente per trasmettere un aspetto coerente circa quanto viene comunicato al terapeuta
4. **INCORAGGIAMENTO ALL'ELABORAZIONE:** Quasi al centro del "continuum" si tratta di una modalità né espressiva, né supportiva; usualmente consiste nella richiesta di informazioni circa un argomento sollevato dal paziente
5. **CONVALIDA EMPATICA:** tende a mostrare e a dimostrare la sintonia empatica del terapeuta con lo stato emotivo interno del paziente
6. **CONSIGLI ED ELOGI:** sia il consiglio che l'elogio prescrivono e rinforzano alcune attività e comportamenti del paziente al fine di fargli sperimentare le capacità di comprensione del terapeuta
7. **CONFERMA:** nelle forme più supportive si tratta di interventi semplici, brevi commenti, talora solo interiezioni del tipo ... "già", "...si", "...capisco" ..., suscettibili di ottenere grande impatto emotivo se forniti al momento ottimale

CONCLUDENDO

La conoscenza psicoanaliticamente intesa, desidera abbandonare il sapere usuale, il conscio, anche se come terapia fortifica la coscienza ed il sapere.

La conoscenza psicoanalitica desidera andare oltre la rappresentazione, è attratta dall'irrappresentabile anche se come terapia vuole illuminare ogni angolo della rappresentazione.

La conoscenza a cui tende la psicoanalisi frantuma il buon senso tramite la trasformazione continua dei significati, anche se come terapia tende a ricomporre il buon senso.

La cura psicoanalitica continua pertanto a mantenere aperta la sfida al pensiero umano che tende a chiudersi, a non cambiare, a sclerotizzarsi, a mantenere inconscio il perturbante. Termineremo con una frase con cui W.R. Bion, psicoanalista britannico scomparso nel 1979, la cui cifra distintiva è stata il pensiero geniale ed originale, descrive con una sorta di paradosso l'incontro psicoanalitico:

"Quando due personalità si incontrano si crea una tempesta emotiva. Se fanno abbastanza contatto da essere consapevoli l'uno dell'altro o anche abbastanza da esserne inconsapevoli, la congiunzione di questi due individui produce uno stato emotivo e il disturbo che ne risulta non necessariamente ha da essere considerato come un miglioramento rispetto a prima nello stato delle cose. Ma visto che si sono incontrati e visto che la tempesta emotiva si è verificata, le due parti in gioco in questa tempesta possono decidere di cavarsela alla meno peggio in un brutto affare".

Il trattamento dei Disturbi d'Ansia nell'ottica della Psicoterapia Integrata

Teorie e tecniche di riferimento della mia modalità di intervento

L'indirizzo pluralistico integrato, al quale appartengo, ha le sue basi teoriche in più modelli, anche per quanto riguarda il trattamento dei Disturbi d'Ansia.

Quasi tutte le prospettive, partendo dal presupposto che nell'uomo l'ansia è predisposta dall'evoluzione, concordano nel sostenere che i disturbi d'ansia rappresentano l'erronea applicazione, o la distorsione di una risposta ansiosa normale.

Inoltre tutti sono d'accordo nel ritenere che l'ansia implica l'anticipazione di pericoli, paure, catastrofi. La maggior parte delle teorie suggerisce inoltre che le esperienze dolorose o traumatiche giochino un ruolo significativo nello sviluppo di un disturbo d'ansia, sebbene si differenzino per l'enfasi che pongono su tale fattore. Alcune sottolineano la funzione della elaborazione cognitiva e/o cognitivo-affettiva delle informazioni svolta da ciascun individuo.

Per quanto riguarda i fattori di mantenimento dei disturbi d'ansia, tre importanti ipotesi vengono condivise. La prima è l'assunto che l'ansia conduca generalmente all'evitamento dell'oggetto o della situazione temuta. Sebbene l'evitamento provochi un sollievo temporaneo dall'ansia, non permette all'individuo di sapere se il pericolo temuto è immaginario o se è gestibile. L'alleggerimento momentaneo dall'ansia prodotto dall'evitamento è ottenuto al prezzo di rimanere bloccati nel disturbo ansioso. Il secondo fattore di mantenimento di un disturbo ansioso è la continuazione del problema di fondo. Il terzo fattore è lo spostamento automatico dell'attenzione sul proprio stato ansioso (il riflettere su), che produce un'ansia di secondo ordine.

Dal punto di vista teorico i modelli cui faccio particolare riferimento per quanto riguarda i Disturbi d'Ansia sono quello cognitivo-comportamentale, quello esperienziale, quello psicoanalitico, la teoria dell'Attaccamento di Bowlby e la terapia breve strategica di Nardone.

Tutte le moderne teorie cognitive assumono che l'esperienza umana venga interiorizzata e conservata in memoria in maniera organizzata. Secondo quest'ottica, le persone ansiose hanno interiorizzato determinati schemi cognitivi riguardanti la potenziale pericolosità di certe situazioni rispetto alle loro abilità di coping.

Un modello collegato è quello dell'apprendimento sociale dell'ansia di Bandura, secondo cui il meccanismo di base che produce ansia è la carenza nell'individuo delle credenze di autoefficacia. Il modello cognitivo amplia quindi il paradigma del condizionamento suggerendo che l'iniziale associazione automatica tra le esperienze traumatiche e l'oggetto o la situazione specifica ha come risultato la formazione di schemi correlati al pericolo. Questi poi influenzano le anticipazioni di rovina catastrofica ogni volta che l'individuo si confronta con l'oggetto o la situazione temuta.

Mentre le prime versioni del modello cognitivo e del modello cognitivo e cognitivo-comportamentale si focalizzavano sulle cognizioni coscienti, adesso le ipotesi più recenti si sono focalizzate sugli schemi cognitivi inconsci, avvicinandosi così all'ottica psicoanalitica, soprattutto quella più recente, che ha spostato l'attenzione dal conflitto alle rappresentazioni inconsce del Sé, e del Sé in relazione con l'altro, come principali determinanti del pensiero cosciente e del comportamento.

La psicoterapia esperienziale incentra il suo focus sul processo dell'esperienza emozionale.

Tale prospettiva accetta l'idea di strutture psichiche interiorizzate ma le carica affettivamente.

A tal proposito Greenberg ha parlato di schemi emozionali e presume che anche questi schemi funzionino al di sotto della consapevolezza. Un'analisi del contenuto di tali conflitti catastrofici indica che essi riflettono in senso più ampio delle crisi esistenziali: l'inevitabilità della perdita, l'esperienza di una coscienza separata che è spesso associata alla paura di essere soli, il peso della responsabilità individuale, la consapevolezza e accettazione della propria morte, il bisogno di bilanciare le nostre azioni ed espressività rispetto alle richieste socio-culturali, il bisogno di attraversare il doloroso processo di decidere di quanta libertà, autonomia, novità abbiamo bisogno nella nostra esperienza rispetto alla comodità, alla sicurezza, alla protezione.

Ognuno di questi problemi è implicato nella lotta per l'autostima, e questa battaglia comporta necessariamente l'esperienza di emozioni sminuenti, quali umiliazione, colpa, vergogna, rabbia.

La prospettiva esperienziale è quella che più ha da dire sul ruolo delle emozioni nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi.

Quest'ottica si discosta da tutte le altre nell'assunto che le emozioni sono fonti di informazione biologicamente adattive che gli individui ignorano a loro rischio e pericolo. I problemi derivano dall'apprendimento di cognizioni erranee in merito all'espressione emotiva, che, in quanto sentita come pericolosa o inutile, non viene seguita.

La teoria dell'attaccamento fornisce una chiave di lettura da molti ormai ritenuta centrale nell'eziologia dei disturbi d'ansia.

Fin dall'origine della nostra specie, nelle situazioni di pericolo o difficoltà, ogni individuo tende a cercare la vicinanza della figura di attaccamento, in genere la madre.

Il bambino sceglie comunque la figura di attaccamento in base a determinate caratteristiche e cioè che:

- **Lo consola quando è triste**
- **Lo rassicura quando è spaventato**
- **Lo nutre sul piano fisico e affettivo**
- **Lo accoglie sempre**
- **(Bowlby, 1989)**

Le emozioni specifiche che accompagnano questa condotta di avvicinamento sono:

- ★ Sicurezza, se riesce a conseguire la prossimità protettiva;
- ★ Paura e collera, se la ricerca fallisce;
- ★ Gioia, se la separazione è breve;
- ★ Tristezza se la separazione è prolungata.

Il bambino conserva e classifica i fatti e le emozioni che prova sulla base della decodifica, o interpretazione, che di essi gli fornisce il genitore. Quando i genitori gli forniscono una codifica distorta dei fatti e delle emozioni, ossia non corrispondente all'effettiva emozione che il bambino prova, ne consegue per lui l'impossibilità ad accogliere tutte le esperienze che sul piano consapevole. Quando non possiamo servirci delle nostre emozioni si presenta il rischio di implicazioni psicopatologiche.

Le memorie delle risposte provenienti dalle figure di attaccamento vengono inglobate in strutture cognitive che andranno a costituire le convinzioni e le aspettative del bambino e poi dell'adulto ogni volta che si troverà in condizioni di difficoltà (Holmes, 1994).

Il concetto del Sé

Il Sé è sia il punto centrale della psicopatologia che la sede primaria del cambiamento terapeutico.

Possiamo definire il Sé come la consapevolezza della propria persona.

Il rapporto della persona con il Sé è fondamentale.

Grazie alla capacità riflessiva umana, tutto ciò che una persona può pensare e sentire rispetto all'altro può sentirlo e pensarlo rispetto a se stessa.

Sebbene la capacità riflessiva permetta l'esperienza del sé, una forma compulsiva di esperienza autoriflessiva (pensiero ossessivo) è generalmente associata alla maggior parte dei disturbi d'ansia e ad altre forme di psicopatologia.

Il pensiero ossessivo può diventare così intenso da rendere impossibile contattare e comprendere la propria esperienza emotiva.

Anche fare esperienza è uno dei processi umani basilari mediante i quali ci relazioniamo con il mondo, con gli altri e con noi stessi. Il processo esperienziale è un ciclo continuo di elaborazione dell'informazione su base emozionale che comporta la ricezione di informazioni interne ed esterne, la valutazione del loro significato e la rapida elaborazione delle alternative di risposta. Anche in questo caso, se l'esperienza presente viene vissuta senza la riflessione possono nascere dei problemi.

Entrambe le modalità di conoscenza di noi stessi sono importanti: la riflessione ci permette di verificare come ci poniamo socialmente e di pianificare il futuro in base alle concezioni che abbiamo delle nostre capacità e dei nostri limiti; l'esperienza diretta accresce la possibilità di acquisire nuove conoscenze e di cambiare vecchie idee.

Una sana conoscenza del sé si basa su un'integrazione dell'informazione acquisita da fonti diverse, e più in particolare dall'esperienza organismica soggettiva e da concettualizzazioni sempre più complesse e precise di come funziona il mondo fisico e sociale.

L'autoconoscenza diventa tanto più attendibile quanto più si basa sulla capacità di ascoltare la propria esperienza e di acquisire un'informazione fedele dell'ambiente sociale e fisico.

Quando invece viene favorito l'evitamento di informazioni ed emozioni, come succede soprattutto con quelle dolorose, la persona si avvia verso una manipolazione delle proprie (e anche altrui) impressioni che non gli consentirà di avere una buona conoscenza di sé e della realtà.

Ciò comporterà problemi per l'autostima e per la fiducia nella propria esperienza, nonché appunto l'insorgere di problematiche ansiose.
(Wolfe, 2007)

Il Sé ferito nei disturbi d'ansia

In un individuo ansioso l'ansia è percepita come una minaccia di fondo sul Sé.

Questa esperienza di compromissione del Sé si caratterizza per una varietà di stati, che comprendono

- un senso di perdita di controllo,
- di mancanza di sicurezza e di impotenza e

che spingono l'individuo a

- ritenere di esser incapace di evitare un'esperienza traumatica, o estremamente dolorosa, o umiliante
- essere costretto a soggiacere delle pulsioni negative che gli tolgono il respiro e lo minacciano seriamente.

Quando le persone si trovano nel pieno di questa esperienza spostano automaticamente l'attenzione dall'esperienza diretta d'ansia al pensare di essere in ansia e ciò inevitabilmente aumenta il livello d'ansia.

Quando, come succede in terapia, le persone riescono a rimanere in contatto con la loro esperienza ansiosa immediata, comprendono che il vissuto di compromissione del Sé rappresenta un confronto temuto con una percezione di sé terribilmente dolorosa. Ed è solo attraverso questa esplorazione del significato implicito dell'ansia che può avvenire la duratura guarigione.

Wolfe (2007) indica cinque tipologie di ferite del Sé, corrispondenti a cinque tipi di percezioni di sé dolorose fortemente ansiogene:

1. il Sé biologicamente vulnerabile (paura di estrema vulnerabilità alle malattie o agli impedimenti fisici);
2. il Sé inadeguato o incapace (paura di situazioni che ricordano passati fallimenti di una performance);
3. il Sé vergognoso, imperfetto, umiliato;
4. il Sé insoddisfatto o isolato;
5. il Sé conflittuale o confuso (spesso una difficoltà nel riconoscimento dei propri bisogni o un conflitto fra i bisogni di base dell'individuo e i suoi valori);

Esistono molte fonti di ferite del Sé, la maggior parte delle quali sono fra loro interconnesse:

1. esperienze traumatiche
2. idee di vergogna o umiliazione
3. tradimenti da parte di altri significativi
4. diseducazione emozionale
5. risposte inefficaci ai dati esistenziali della vita

(Wolfe, 2007)

I disturbi d'ansia sono mantenuti da numerosi fattori, che hanno a che fare per lo più con il proteggersi dalla percezione atrocemente dolorosa del sé. Invece di confrontarsi apertamente con le ferite del Sé, le persone ansiose generalmente mettono in atto queste tre strategie per mantenerle nascoste:

- 1. riflessione sullo stato di ansia e sulle potenziali catastrofi**
- 2. evitamento delle situazioni ansiogene (invece, è molto errato evitarle!)**
- 3. circoli negativi di comportamento interpersonale (chi si vede negativamente si comporta in modo che gli altri rinforzino questa idea)**

Queste strategie determinano una riduzione temporanea dell'ansia, ma al prezzo elevato di rinforzare le credenze disadattive della propria incapacità a gestire le situazioni temute.

Elementi fondamentali dei disturbi d'ansia sono dunque:

1. l'esperienza immediata di ansia lo spostamento automatico dell'attenzione sul proprio stato ansioso (il riflettere su), che produce un'ansia di secondo ordine
2. una percezione di sé tacita, ma dolorosa (Wolfe, 2007)

La Psicoterapia Integrata dei disturbi d'ansia

Il mio approccio al trattamento integrato dei disturbi d'ansia si focalizza inizialmente sui sintomi ansiosi e sullo spostamento dell'attenzione sulla riflessione, cioè sull'ansia di secondo ordine. Solo dopo che è stato fatto qualche progresso a questo livello il trattamento (attraverso le tecniche cognitivo-comportamentali o strategiche) si procede all'esplorazione, identificazione e cura del livello sottostante: il significato implicito dell'ansia.

I passi della terapia, dunque, sono:

- 1. Il primo passo è la riduzione dei sintomi. Inizialmente la terapia si dirige verso questo obiettivo, che permette al paziente di acquisire un senso di controllo sui propri sintomi**
- 2. il secondo passo è iniziare a comprendere le difese nei confronti delle esperienze dolorose riguardo al Sé**
- 3. il terzo passo è entrare in contatto con le emozioni dolorose e con le ferite del Sé associate**
- 4. il quarto passo implica imparare a tollerare ed elaborare emozionalmente le realtà dolorose della vita**

Lavorare in maniera integrata non significa soltanto dare una lettura integrata dell'origine dei disturbi d'ansia o utilizzare tecniche provenienti da indirizzi diversi, significa anche "tagliare" il trattamento sulla base delle aree di funzionamento più agevoli per il paziente.

Bibliografia:

Aquilar F., Del Castello E., Psicoterapia delle fobie e del panico, Franco Angeli, 2000, Milano.

Bandura A. Il senso di autoefficacia, Erickson, 1996, Trento.

Bowlby J. Una base sicura, Raffaello Cortina Editore, 1989, Milano.

Greenberg L., Paivio S., Lavorare con le emozioni in Psicoterapia integrata, Sovera, 2000, Roma.

Holmes J., La Teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina Editore, 1994, Milano.

Nardone G., Paura, panico, fobie, Ponte alle Grazie, 1993, Firenze.

Wolfe B.E. , Trattamenti integrati per disturbi d'ansia, Sovera, 2007, Roma.

NUOVI SVILUPPI NELLA TECNICA DELLA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA"

Di Otto Kenberg

PAZIENTI BORDERLINE

Della psicoterapia psicoanalitica dei pazienti borderline.

Parlerò in generale degli aspetti principali enfatizzandone le novità, senza comunque perdere di vista i caratteri generali della mia esposizione, sperando che possa servirvi per approfondire le conoscenze che già avete, o comunque per avere una visione generale su quelle che sono le mie teorie.

In primo luogo la psicoterapia psicoanalitica del paziente borderline è riferita ad un vasto gruppo di seri disordini di personalità.

I gravi disturbi di personalità o le organizzazioni di personalità borderline, sono caratterizzati da alcuni aspetti comuni che li differenzia da disturbi e da disordini non gravi.

Per ragioni pratiche, quelli che seguono sono disturbi nevrotici che non hanno un'organizzazione di personalità di tipo borderline:

la personalità ossessiva, la personalità masochistica, quella depressiva e quella isterica. Penso che siate a conoscenza delle caratteristiche dei disturbi che ho appena menzionato.

Anche se questo seminario non vuole essere di psicopatologia, ma di psicoterapia, ritengo che questi siano concetti fondamentali per poter comprendere a fondo quello che cercherò di dirvi.

Al contrario delle organizzazioni di personalità nevrotica, i seguenti disturbi di personalità sono soliti essere classificati come disturbi di personalità di tipo borderline e possono essere ulteriormente suddivisi in più gravi e meno gravi.

Quindi, nell'area dei disturbi di personalità gravi, esistono due sottogruppi: i disturbi meno severi che includono:

- le caratteristiche sadomasochistiche,
- la personalità dipendente,
- la personalità istrionica,
- la personalità narcisistica.

I disturbi più gravi, sempre all'interno del gruppo di pazienti borderline, includono

- personalità paranoiche,
- personalità schizoidi,
- personalità schizofreniche,
- ipocondriache,
- maniche e
- i disordini gravi di personalità di tipo narcisistico,
- la sindrome di malignità narcisistica e per ultimo
- la personalità antisociale, che in alcuni casi possono essere incurabili. Sono comunque importanti per una diagnosi ben fatta e differenziata.

Cercherò ora di descrivere un trattamento per personalità di tipo borderline inteso in un senso abbastanza ampio e cioè per lievi disturbi di personalità di tipo borderline e per disturbi più gravi.

L'importanza di distinguere tra disturbi più gravi e meno gravi, viene dal fatto che alcuni dei disturbi meno gravi, trovano a volte indicazioni per la psicoanalisi, in senso stretto; spesso bisogna fare una distinzione individualizzata per verificare se il trattamento indicato può essere una psicoanalisi oppure una psicoterapia psicoanalitica.

Per quanto riguarda i disturbi più gravi, si sa che la psicoterapia non è assolutamente raccomandabile in quanto non da medicine per curare il paziente: serve la clinica!

Questo è quello che normalmente accade ma, come è ovvio, vi possono essere delle eccezioni. Permettetemi di riassumere brevemente i criteri fondamentali di diagnosi che permettono di inserire la patologia in uno dei gruppi descritti.

Di norma, i disturbi di personalità di tipo nevrotico sono caratterizzati da una buona integrazione dell'identità, che significa una buona integrazione dell'io e degli altri. Questi due aspetti rivelano una integrazione normale dell'identità su cui si può strutturare una valutazione psicologica di questi pazienti con il metodo di colloqui strutturali, cioè un esame delle condizioni mentali particolarmente orientato alla differenziazione dei vari disturbi della personalità.

Una buona integrazione dell'identità è la differenza più grande tra organizzazione di personalità nevrotica e organizzazione di personalità di tipo borderline.

Possiamo fare questa valutazione chiedendo al paziente di dare una descrizione di sé stesso vedendo se questa descrizione sembra quella di una personalità integrata oppure emarginata.

Anche chiedere al paziente di dare una descrizione delle persone più importanti della sua vita può essere utile a questo scopo. Dalla somma di queste due descrizioni, voi stessi dovete avere la capacità di dare un giudizio sia sull'integrazione della personalità del paziente che dell'integrazione degli altri.

Già da queste due descrizioni, il paziente fa capire se sono presenti sintomi di personalità nevrotica oppure no.

Inoltre, il fatto che i meccanismi di difesa del paziente sembrano inesistenti, o non traspaiono, nel colloquio preliminare, è un segno di organizzazione di personalità di tipo nevrotico in quanto i meccanismi di difesa sono basati sulla repressione, intellettualizzazione, razionalizzazione e in contrasto con le difese principali che caratterizzano le organizzazioni di personalità di tipo borderline.

Questo si dimostra in una drammatica distorsione personale tra il paziente ed il terapeuta che si evidenzia fin dalla prima seduta.

Le organizzazioni di personalità nevrotica sono principalmente interpersonali, cioè si tratta di pazienti che sono in grado di relazionarsi con gli altri e questo fa sì che il paziente possa trarre soddisfazione dai rapporti interpersonali.

Riassumendo, la formazione di un'identità personale dimostra un sistema di difesa avanzato facilmente osservabile e un senso eccellente della realtà, in aggiunta alle tipiche caratteristiche di ossessività, depressioni, masochismo e di una personalità isterica in generale che definiscono le organizzazioni nevrotiche di personalità.

Le organizzazioni di personalità di tipo borderline, sono caratterizzate dalla sindrome di identità che è costituita dalla mancanza di identificazione della propria persona e dalla mancanza di integrazione del concetto del rispetto per gli altri.

Nel colloquio preliminare, questi aspetti si evidenziano quando il paziente si trova davanti alla domanda del terapeuta di descrivere se stesso e di dare una descrizione delle sue caratteristiche. Cioè di dare una visione delle qualità che lo rendono unico, in che cosa il paziente è diverso da qualsiasi altra persona.

A questa domanda, il paziente suole dare una risposta confusa, che non vi permette di definire ed inserire il paziente in un contesto organico.

Questo è il primo segnale che può far capire che si è davanti ad un paziente con problemi di identità: in secondo luogo, quando si chiede al paziente di descrivere le persone più importanti della sua vita, come risposta si otterrà la stessa risposta confusa e molto semplificata che non permetterà di avere una visione chiara delle persone che lo circondano e che sono giudicate importanti.

Soprattutto non si sarà in grado di capire perché il paziente giudichi importanti queste persone nella sua vita attuale.

Queste due risposte dimostrano una mancanza di integrazione dell'io e degli altri che costituisce quindi un chiaro sintomo della crisi di identità diffusa, tipica caratteristica, questa, di personalità di tipo borderline.

L'eccezione a questa regola è costituita dai disturbi di personalità di tipo narcisistico, in quanto il concetto grandioso della propria persona per i pazienti narcisistici, dà luogo ad una qualche integrazione della propria personalità. Questi pazienti possono dimostrare un enorme concetto del proprio io.

Di tanto in tanto dimostrano sentimenti di inferiorità: la regola è data dall'immagine spropositata della propria persona.

Questi stessi pazienti si ritrovano in grande difficoltà quando sono costretti a descrivere altre persone, le persone importanti nella loro vita.

Così risulta tipico che personalità narcisistiche abbiano un concetto di integrazione della propria persona, e un fallimento spaventoso nella descrizione delle persone importanti della propria vita.

Questa caratteristica può essere di grande aiuto in una diagnosi preliminare del paziente. Io stesso ho avuto un paziente con personalità narcisistica che era capace di dare una descrizione particolareggiata di sé stesso, era davvero in grado di dare una descrizione razionale ed obiettiva della sua persona, aveva sofferto una promiscuità sessuale nella sua giovinezza. Questa promiscuità nella sua giovinezza era fonte di enorme piacere, ma in seguito questa situazione l'ha spaventato in quanto si è reso conto di non essere in grado di stringere nessuna relazione stabile e questa è stata una delle principali ragioni che l'hanno spinto a venire in terapia da me.

Questo paziente, parlandomi dei rapporti che aveva avuto con tante donne, non era stato in grado di differenziarle tra loro.

Non riusciva a darmi nessun input che mi fosse di aiuto per capire di chi stesse parlando in ciascun momento. Io gli ho sottolineato questo aspetto ed il paziente si arrabbiò molto con me in quanto pensava che io mi rendessi conto delle differenze esistenti tra queste donne.

Queste donne erano fisicamente diverse tra loro: un giorno mi portò fotografie delle donne che aveva avuto nella sua vita.

Con questa eccezione, la diffusione di identità è una delle caratteristiche principali delle personalità di tipo borderline. A questa si aggiunge una seconda caratteristica importante e cioè il dominio delle operazioni principali di difesa basate sulla separazione o dissociazioni primitive. La separazione riflette identificazione, onnipotenza, idealizzazione primitiva. Queste sono operazioni di difesa che dominano e che comunque distorcono l'interazione interpersonale fin dall'inizio.

Questo aspetto è molto utile diagnosticamente parlando, ma comunque non così utile come la sindrome di identità diffusa in quanto vi è una natura più graduale tra il dominio delle difese primarie in alcuni pazienti, meno in altri e addirittura nelle in altri ancora. Non ha quindi quelle caratteristiche di punta tipiche della diffusione dell'identità che comunque permette tale differenziazione.

Quindi le organizzazioni di personalità borderline, sono caratterizzate da una diffusione dell'identità, operazioni di difesa primitive, mantenimento del senso della realtà anche se ad un livello più basso. Questo significa che esiste un altro gruppo di pazienti che possono essere confusi come affetti da disturbi di personalità, ma sono dei tipici pazienti psicotici, pazienti cioè che dimostrano organizzazioni di personalità psicotiche, senza rispondere a tutti i criteri di una specifica psicosi. Questi sono pazienti con una diffusione grave di identità, il dominio importante dei meccanismi di difesa primitivi, la perdita del senso della realtà.

E' importante che si sappia fare questa distinzione in quanto la perdita del senso della realtà, implica una personalità psicotica:

c'è il pericolo di una grave regressione se si dovesse seguire una psicoterapia psicoanalitica, come vedremo.

Come valutare il senso della realtà in un paziente?

Il primo modo è molto semplice: consiste nell'esaminare se esistono dei sintomi di psicosi e cioè allucinazioni; è importante differenziare illusioni e allucinazioni da altri fenomeni meno importanti e che comunque sono comuni in organizzazioni di personalità di tipo borderline.

Se il paziente dimostra una vera esperienza di visioni o allucinazioni, la matrice è sicuramente psicotica. Comunque in pazienti che non hanno illusioni o allucinazioni, si può testare il senso della realtà con il seguente approccio che è estremamente importante per distinguere disturbi di personalità borderline da organizzazioni di personalità psicotiche.

E' semplice, elegante e di estremo aiuto. Consiste nello stabilire qual è la cosa meno appropriata negli affetti del paziente, nei pensieri o nel comportamento del paziente con gli altri. Confrontare quindi il paziente con quello che si ritiene essere il meno appropriato negli affetti, nei pensieri del paziente e nei suoi comportamenti verso gli altri.

Per esempio un mio paziente nel mezzo dei suoi colloqui con me, incominciava a sorridere ogni volta che mi raccontava qualcosa di veramente triste, di realmente drammatico. Quindi ad un certo punto dei colloqui ho fermato il paziente sottolineandogli che avevo notato questa sua tendenza a sorridere quando parlava di cose tristi. Gli dissi che mi sembrava strano questo suo atteggiamento. Gli chiesi se anche lui si rendeva conto di questo suo atteggiamento e se fosse

stato in grado di spiegarlo, di giustificarlo. Lui mi rispose che era sì consapevole di questo suo comportamento, che sapeva che poteva sembrare una forma di sadismo, però era un movimento incondizionato, qualcosa che gli veniva automaticamente ed era uno dei problemi che voleva discutere con me.

Quindi, questo paziente aveva un ottimo senso della realtà. La tecnica da me utilizzata con questo paziente è stata quella del confronto con delle cose che per me non avevano senso, che non riuscivo a spiegarmi. Per il paziente, quindi, io in quel momento significavo il criterio sociale della realtà. Il paziente era in grado di confrontarsi con me e questo ha dimostrato la capacità del paziente di rendersi conto dei propri atteggiamenti.

Se invece il paziente non fosse stato in grado di mantenere il contatto con la realtà, il suo senso della realtà si sarebbe perso e quindi questo fatto avrebbe potuto rappresentare un indice di personalità psicotica.

Questa tecnica è una parte importante dell'analisi dello stato mentale di un paziente: certo, ci sono pazienti che sono così normali che è difficile metterli a confronto con atteggiamenti strani, in quanto non ne presentano. Io però, mi sto riferendo a pazienti che in qualche modo presentano comportamenti strani o comunque difficili da capire, ed è proprio con questi pazienti e con l'esperienza che voi potete avere, che questa tecnica diventa importante. Anche questa tecnica, comunque, ha dei suoi limiti. Infatti ci sono alcuni sintomi che sono una forte difesa secondaria, quindi il paziente sembra che abbia perso il senso della realtà. Questi sintomi sono allo stesso tempo delle implicazioni interpersonali, tipici dei disturbi ambientali. Un paziente può essere magro come uno scheletro e dire di essere grasso. Questo non deve necessariamente essere un paziente psicotico.

A volte quindi i **sintomi di difesa** secondari possono dare situazioni che non sempre rispecchiano la realtà e questo va sempre tenuto presente. In questo caso, si può estendere il discorso chiedendo al paziente se anche le persone che lo circondano pensano che sia grasso. La risposta, nel mio caso, è stata "gli altri non mi giudicano grasso, anzi pensano che io sia magrissimo, ma io so che sono grasso".

Un altro caso è dato dalla provenienza da una cultura diversa, e quindi qualche cosa che per la nostra cultura può sembrare fuori luogo, ha perfettamente senso nella cultura di provenienza del paziente. Per esempio, io ho avuto la possibilità di vedere un paziente che proveniva da un'isola dei Caraibi ed è arrivato nel mio studio completamente nel panico.

Il paziente attribuiva la ragione di questo panico al fatto di avere visto una sua fotografia con degli spilli infilati nella foto.

Nella sua isola, questo significa che il soggetto fotografato morirà presto. Il paziente era convinto di dover morire di lì a poco ed il comportamento da me giudicato strano era da attribuire alla sua diversa cultura.

Quindi è importante analizzare il paziente nel suo contesto culturale. Per poter analizzare le cose che abbiamo detto fino ad ora in un primo colloquio con un paziente, bisogna seguire un protocollo che tocchi tutti questi punti e che può essere utile memorizzare.

In primo luogo bisognerebbe chiedere al paziente che cosa lo ha spinto a venire da noi, qual è la natura delle sue difficoltà, che cosa si aspetta dal trattamento e in poche parole dov'è lui in questo momento.

Quello che faccio io è sottoporre il paziente a queste quattro domande contemporaneamente.

Come si può vedere queste domande sono completamente aperte, e c'è una infinità di risposte possibili. Il paziente per poter rispondere a queste domande in maniera tranquilla deve essere sveglio, deve essere consapevole di dove è e di che cosa stia facendo. In questo modo si può subito valutare la consapevolezza delle sensazioni. In secondo luogo il paziente deve essere in grado di tenere a mente queste quattro domande, cioè si può valutare la capacità di memoria recente della persona che siede di fronte a voi. Il paziente deve dare un tipo di risposta intelligente il che significa dover sintetizzare un sacco di informazioni, il che implica una capacità di astrazione e quindi si può valutare anche l'intelligenza del paziente.

Con le quattro domande iniziali si è in grado di sondare l'intera personalità: attenzione, orientamento, sensi, intelligenza. In altre parole, si è in grado di farsi un'idea delle funzioni cognitive del paziente; nella risposta si potrà osservare se il paziente sta dicendo cose senza

senso, alterazioni di pensiero, se il paziente sta reagendo emozionalmente in modo un po' strano, quindi presentando una alterazione negli affetti, oppure se il paziente si comporta in maniera strana nei nostri confronti, quindi alterazioni del comportamento.

Con queste quattro domande si può verificare lo stato mentale del paziente.

A seconda delle risposte del paziente, questi può rispondere che ovviamente c'è qualche cosa che va molto male. Il paziente che non sa rispondere è un paziente non tranquillo, che ha allucinazioni, illusioni, oppure può essere un paziente con un'intelligenza ridotta e che quindi sentendo il peso delle domande non è stato in grado di mantenerle in mente. In questo caso ci si deve indirizzare verso altre direzioni per poter valutare lo stato mentale del paziente. Questo serve per vedere se la confusione mentale del paziente è di tipo organico oppure se si tratta di un disordine di tipo psicotico.

Altri pazienti possono rispondere che la mamma li ha portato da voi. In questo caso io domanderei al paziente se ha sentito tutte le mie domande. La risposta può essere che è proprio perché ha capito le domande che vi dice di chiederlo a sua madre. Si può già vedere da questo tipo di risposta, un comportamento negativo che può nascondere un disordine mentale di tipo organico o di tipo psicotico. Il paziente può anche rispondere che ha una personalità di tipo borderline con una tendenza narcisistica. Nella nostra ricerca vi sono stati pazienti che hanno risposto in questa maniera. In questo caso ci si rende conto che il paziente è già stato psichiatrizzato e gli si dovrà insegnare a parlare come un comune mortale. Altri pazienti possono chiedere il perché di tante stupide domande, se tanto lui che voi sapete entrambi la ragione del colloquio.

Partendo dal presupposto che il paziente non ha un disturbo mentale né di tipo organico, né psicotico, dopo i primi abbozzi sui sintomi che il paziente presenta, cerco sempre di farmi raccontare di più a proposito dei sintomi in modo da poter arrivare ad una diagnosi dei sintomi che sia il più completa possibile. Una volta ottenuta questa visione generale delle condizioni psichiatriche del paziente, chiedo che mi racconti qualche cosa rispetto alla sua personalità, quindi chiedo al paziente di raccontarmi che cosa pensa essere importante nella sua vita che ritiene che io debba sapere.

Chiedo che mi si parli di lavoro, famiglia, sesso, sport, politica, ecc. In questo modo sono in grado di avere una visione generale della vita del paziente su tutti i fronti.

L'errore tipico del terapeuta è partire da questi sintomi per vedere che cosa è successo durante il primo anno di vita del paziente. L'errore è quindi il non voler vedere la vita presente del paziente prima di arrivare alle conclusioni. Questa è una distorsione del pensiero psicoanalitico. Una volta che ci si è resi conto della vita presente del paziente, si sarà già in grado di valutare che tipo di disturbo presenta il paziente. In questo modo ci si renderà anche conto di quali sono le persone più importanti nella vita del paziente. Dopo le quattro domande e dopo un'analisi da parte del paziente della propria personalità, si potrà chiedere al paziente di descrivere le persone più importanti della sua vita. In questo modo si riuscirà ad avere un'idea sull'identità del paziente. Solo per ultima cosa si chiederà al paziente di descrivere se stesso. In questo modo si può concludere il quadro generale del paziente che ci si era prefissi all'inizio del colloquio.

Quindi, solo in ultima istanza e se il paziente ha dimostrato qualche comportamento strano, si cercherà di vedere se il paziente ha un senso normale della realtà oppure no. Solo in questo modo si può avere una visione generale del paziente.

A questo punto si sarà in grado di fare una distinzione sul tipo di disturbo che presenta il paziente. Questi appena esposti sono i principi per una diagnosi differenziale in un colloquio diagnostico finalizzato ad una indicazione generale per una psicoterapia psicoanalitica.

Per concludere, se è chiaro che il paziente presenta disordini di personalità così importanti da essere preso in terapia, bisognerà prendere decisioni importanti riguardo il trattamento da seguire.

In primo luogo, se si tratta di organizzazioni di personalità di tipo nevrotico e se i problemi sono così lievi da poter essere risolti nel corso di una psicoterapia normale, il paziente potrebbe rispondere molto positivamente a questa terapia. Anche nei pazienti con organizzazione di personalità nevrotica più grave, bisogna domandarsi se la vita del paziente è in qualche modo

compromessa da questi disturbi di personalità. Se il paziente è in grado di sopportare una terapia lunga, la soluzione più indicata è la psicoanalisi. Essa è indicata anche per pazienti che presentano lievi disturbi di personalità di tipo borderline. Certo la psicoanalisi richiede un tempo molto più lungo, costa molti più soldi e bisogna soprattutto non avere urgenza nel risolvere determinati problemi. Se dall'altro lato, il paziente ha una brutta prognosi, si può sempre pensare ad una psicoterapia psicoanalitica al posto di una psicoanalisi. Ci sono due indicazioni per poter vedere quale trattamento seguire e cioè sintomi antisociali e la qualità della relazione oggettuale. I sintomi antisociali sono quelli che hanno una prognosi più lunga e quindi bisogna stare molto attenti prima di prendere qualsiasi decisione riguardo al trattamento. Questo vale anche se si ha davanti una persona completamente asociale, cioè con una vita sociale nulla.

Per un trattamento psicoanalitico si deve essere di fronte ad un paziente almeno normalmente intelligente. Quindi c'è bisogno di una intelligenza media sia per la psicoanalisi sia per le psicoterapie psicoanalitiche. Per quanto riguarda la psicoanalisi inoltre, sono necessarie motivazione e capacità di analisi emozionale, mentre è possibile trattare pazienti con una psicoterapia psicoanalitica anche se le motivazioni e la capacità di ricerca psicologica sono poco rilevanti.

In contrasto a queste indicazioni per la psicoanalisi di soggetti con organizzazioni di personalità di tipo nevrotico con le sue restrizioni, le indicazioni per la psicoterapia psicoanalitica del tipo che indicheremo da adesso in poi, comprende tutte le tipologie di organizzazioni di tipo borderline. L'unica eccezione è la personalità antisociale nel senso stretto di cui parleremo più avanti. Soprattutto tratteremo più avanti della diagnosi differenziale di questa personalità, soprattutto della personalità antisociale con caratteristiche narcisistiche. Bisogna essere consapevoli che la diagnosi differenziale può proteggere da problemi difficili successivamente.

In ogni modo, la psicoterapia psicoanalitica può essere controindicata anche per alcune ragioni nei pazienti che presentano organizzazioni di personalità di tipo borderline.

Il motivo più importante è che il paziente presenti aspetti del suo comportamento che potenzialmente possono essere seriamente distruttivi e non possono essere risolti mediante confronto. Quindi si deve diagnosticare se esistono aspetti del paziente in termini di comportamento che possono essere distruttivi o auto distruttivi e che potrebbero rovinare il trattamento basato su confronti.

In questo caso, può essere controindicata una psicoterapia psicoanalitica.

Vista l'importanza dell'argomento vi fornirò alcuni esempi di pazienti con una organizzazione di personalità di tipo borderline, che sono tossicodipendenti, che lo sono stati, alcolizzati con disturbi alimentari e in particolar modo con anoressia nervosa che porta alla perdita del 15% del peso corporeo, pazienti che soffrono di bulimia vomitando 15 - 20 volte al giorno, pazienti che abbiano tentato il suicidio, pazienti con tendenza ad autolesionismo.

Dico che il confronto è la variabile per verificare le motivazioni del paziente, la capacità che ha il paziente per l'introspezione.

Questi casi hanno indicazione per una psicoterapia di supporto di cui parleremo più avanti. Esiste un gruppo particolare di pazienti di cui parleremo dopo, che hanno una reazione gravemente negativa alla terapia, così come esiste un gruppo di pazienti che non può sopportare la frequenza degli incontri durante una psicoterapia psicoanalitica che deve essere almeno di due sedute alla settimana, e che non può essere quindi sottoposto a psicoterapia psicoanalitica.

Le indicazioni per una psicoterapia di supporto sono per quei pazienti che idealmente avrebbero le caratteristiche per una psicoterapia psicoanalitica e che per ragioni personali pensano di essere impossibilitati ad una psicoterapia psicoanalitica, oppure pazienti che hanno manifestazioni più gravi di antisocialità e/o distorsioni di tutte le relazioni interpersonali (a-socialità).

I pazienti che hanno una intelligenza inferiore alla media, che quindi non possono arrivare al livello astratto richiesto da una psicoterapia psicoanalitica, possono essere trattati con una psicoterapia di supporto. Anche i pazienti che si trovano in una situazione caotica, distruttiva hanno bisogno di vedere le attenzioni del terapeuta sulla loro situazione di vita attuale, prima di vederlo concentrato su un trattamento psicologico individuale. Vi sono infine pazienti che non sono in grado di accettare nessun tipo di trattamento.

Riassumendo ci sono:

- ✚ pazienti per i quali non ci sono indicazioni per una psicoterapia,
- ✚ pazienti che non vogliono abbandonare i propri sintomi: per esempio, **pazienti con una nevrosi di compensazione**, che sono mandati in cura psichiatrica, con sintomi ipocondriaci, somatizzazioni dipendenti da incidenti secondari o sono ossessionati dalla ricerca dei soldi e questa ricerca li porta a non voler risolvere i propri sintomi fino a che lo stato, o chicchessia, gli abbia dato i soldi.

In questi casi è consigliabile lasciare al paziente il tempo necessario per soddisfare le sue richieste e, cominciare il trattamento quando queste aspettative si siano compiute.

- ✚ pazienti che presentano gravi ritardi mentali, che non hanno i requisiti per questa modalità di trattamento.

Con alcuni pazienti che sono disonesti nella comunicazione è impossibile costruire il rapporto necessario alla psicoterapia.

Ho parlato di diagnosi differenziale, indicazioni per una psicoterapia psicoanalitica e, giusto per concludere, devo aggiungere che ci sono altri tipi di trattamento per i disturbi di personalità che menzionerò brevemente.

- Il trattamento psicofarmacologico.

In generale direi che i pazienti con gravi disturbi di personalità tendono ad avere sintomi nevrotici multipli che possono rispondere molto bene ad un trattamento psicofarmacologico. Pazienti depressi possono rispondere bene ad un trattamento psicofarmacologico basato su antidepressivi e usarei queste medicine nei pazienti che presentano depressioni così severe da interferire con il loro lavoro, la loro vita di tutti i giorni e con la terapia. Ovviamente essendo possibile l'utilizzo dei farmaci antidepressivi anche per suicidarsi, prima di raccomandare l'utilizzo di questi farmaci, bisogna essere sicuri che il paziente non li userà per questo scopo. Pazienti gravemente ansiosi, a tal punto da essere impediti nello svolgere una vita regolare, possono rispondere positivamente ad un basso dosaggio di farmaci neurolettici. Questi farmaci, essendo pericolosi, vanno somministrati solo per un breve periodo di tempo sperando che il trattamento possa prendersi cura del paziente meglio o almeno come i farmaci. Non usate quindi sedativi per più di due o tre settimane con nessun tipo di pazienti perché possono provocare dipendenza in particolare per quei pazienti con gravi disordini di personalità. Chiaramente esistono tanti altri trattamenti psicofarmacologici, questa voleva solo essere una breve introduzione sull'argomento per ricordare che si deve sempre tenere presente la possibilità di queste soluzioni. Bisogna inoltre aggiungere che col trattamento psicofarmacologico più sperimentato in Europa, così come negli USA, la maggioranza di questi pazienti con gravi disordini di personalità rispondono positivamente alla somministrazione di farmaci per un periodo compreso tra 3 e 6 mesi, in seguito solo se si cambia medicamento la risposta sarà positiva, altrimenti no.

I casi più gravi possono essere anche ricoverati e se ne avremo il tempo parleremo anche del trattamento di questi pazienti da un punto di vista ospedaliero.

Ci sono altre forme di psicoterapia psicoanalitica che possono essere di estremo aiuto:

- **Terapie familiari**
- **Terapie di gruppo**
- **Ecc.**

I principi che andremo ad elencare per la psicoterapia individuale possono essere utilizzati nell'ambito di psicoterapie familiari, di coppia, e di gruppo.

Esiste una serie di sintomi che devono avere speciali trattamenti sintomatici che si devono sempre tenere a mente: ad esempio, l'anoressia nervosa richiede uno speciale trattamento, il trattamento per pazienti sessualmente inibiti può richiedere in alcuni casi una terapia sessuale, per pazienti tossicodipendenti è richiesto un trattamento particolare.

Vorrei raccontare/strutturare l'esperienza riguardo le strategie di trattamento.

La psicoanalisi come tecnica, può essere definita come un trattamento psicologico che consiste nella facilitazione dello sviluppo della neurosi di transfert regressiva e la sua risoluzione, con l'aiuto della neutralità tecnica dell'analista, che la interpreta sistematicamente in modo da risolverla. Ci sono altri aspetti della psicoanalisi che voi conoscete e che definiscono la psicoanalisi:

- l'uso del divano 3-5 volte alla settimana,
- l'uso della libera associazione,
- il principio della gratificazione,
- l'interpretazione,
- la neutralità tecnica,
- l'analisi del transfert.

La psicoterapia psicoanalitica per organizzazioni di personalità di tipo borderline, opera con gli stessi tre principi, ma li modifica quantitativamente e gradatamente per estendere la strategia. Non in ogni seduta, ma con il tempo.

Se si osserva qualsiasi seduta di un paziente trattato con una psicoterapia psicoanalitica, può sembrare una seduta di psicoanalisi con la differenza che la psicoterapia psicoanalitica viene portata avanti vis à vis. La natura dell'interazione in ogni seduta è notevolmente simile alla psicoanalisi. Quali sono le differenze che vengono fuori con il tempo?

Primo, a proposito dell'interpretazione nella psicoterapia psicoanalitica, l'interpretazione è basata sugli aspetti preliminari, particolarmente rivolta alla chiarificazione ed al confronto e sull'interpretazione del significato del hic et nunc. In contrasto, nella psicoanalisi vera e propria, le interpretazioni sono rivolte al significato del hic et nunc (qui ed ora), con le sue regole generiche del "là ed allora".

Come si mostrano le differenze?

Si differenziano in quanto molto spesso i pazienti borderline sono così confusi in quello che comunicano che addirittura ci è difficile capire cosa stanno vivendo: se l'oggi o il domani o, addirittura, il passato!

- **La prima cosa da fare è cercare di capire che cosa sta succedendo nella mente del paziente.** E qualunque cosa si capisca di quello che sta raccontando il paziente, non si deve esitare a chiedere. Può sembrare strano, qualcuno può avere un concetto del terapeuta che deve capire tutto. Bene, io ritengo che il terapeuta deve fare tutto quello che è in grado di portarlo ad una comprensione generale di quello che sta vivendo il paziente. E questo si ottiene anche con le domande dirette.

Questo non è così importante nella psicoanalisi, infatti i pazienti più sani comunicano molto meglio.

- **In secondo luogo bisogna portare il paziente a sapersi confrontare con le situazioni,** più frequentemente con situazioni che il paziente non è in grado di riconoscere. Questo succede anche nella psicoanalisi ma con molta meno frequenza.

Proprio perché il paziente usa meccanismi di difesa, il paziente può trattare il terapeuta in modo arrogante e questo lo può fare inconsciamente, senza rendersene conto. Il terapeuta se ne accorge in quanto vittima, ma il paziente lo fa completamente in buona fede.

Se si sottolinea questa sensazione al paziente, questi si difenderà in modo ancora più arrogante in quanto dirà che si sta accusando ingiustamente.

Il confronto, quindi, rappresenta un modo molto utile per porre il paziente davanti alla realtà delle cose, al modo di comunicare del paziente, nel comportamento non verbale.

- **Terza cosa da tenere presente è che l'interpretazione è basata sul significato inconscio del hic et nunc, perché solo dopo aver capito il significato inconscio del hic et nunc, si può essere in grado di analizzare con successo il passato del paziente.**

Questo vale anche per la psicoanalisi, ma nella psicoanalisi, c'è meno tendenza a comportarsi in questo modo in quanto i conflitti inconsci sono meno visibili.

Per esempio: un paziente che arriva presto e cerca di origliare alla porta per sapere che cosa sto dicendo al paziente che è in terapia prima di lui, mette in atto un tentativo di spiarmi, un comportamento lievemente antisociale e non ci si sorprenda nel sapere che il paziente stesso era spiato dalla madre quando era bambino.

E' molto facile vedere che questo paziente mi trattava come era trattato lui; c'è meno tendenza a comportarsi in questo modo in quanto i conflitti inconsci sono meno visibili.

E nel perseguire questa sensazione, il paziente è portato ad invadere il mio tempo, la mia persona e i miei spazi privati.

Tutto questo senza rendersi conto di aggredire la mia persona e l'intimità degli altri pazienti. Solo una volta che il paziente si rende consapevole di questo comportamento e si rende conto di essere in torto, si potrà andare ad analizzare il passato. Prima però dovrà rendersi conto che si sta comportando come sua madre, perché solo comportandosi così potrà essere così potente come lo è stata sua madre.

Un'altra paziente mi accusava di essere manipolatore e disonesto nei suoi confronti, come sua madre. Quando le ho sottolineato questo aspetto, mi ha detto che avevo ragione, che dopo avere avuto una madre manipolatrice adesso aveva la sensazione di avere un analista manipolatore.

L'interpretazione prematura del là ed allora, può anche portare un'ulteriore confusione del proprio passato.

Riassumendo, l'interpretazione può essere utilizzata nella psicoterapia psicoanalitica come nella psicoanalisi, ma con più enfasi sulla chiarificazione, sul confronto, sul significato inconscio del hic et nunc.

Ricordo i tre punti della psicoanalisi: interpretazione, analisi del transfert, neutralità tecnica.

Quando si arriva all'analisi del transfert, nella psicoanalisi possiamo analizzare il transfert sapendo che il paziente userà automaticamente le sue più ampie conoscenze del transfert per portare altri aspetti della sua vita. I pazienti borderline, proprio perché essi utilizzano meccanismi di scissione, hanno tendenza ad estraniarsi da quello che non riguarda quella seduta. Quindi è molto importante combinare analisi del transfert con un tentativo reale di capire che cosa il paziente cerca di dividere nella sua vita attuale.

Per esempio, una paziente che usa tutti i punti di disaccordo con me per comportarsi come se si trovasse davanti ad una tragedia immensa, deve avere ragione lei, perché se così non fosse, dovrei avere ragione io e questo potrebbe portarmi in una posizione di vantaggio che nella sua mente significherebbe che la potrei facilmente schiacciare. Dissi una volta ad una paziente che era ora di finire per quel giorno, e lei mi disse che ancora dovevo dedicarle 5 minuti. E da lì, nacque una grossa discussione sull'ora in cui avevamo iniziato la seduta. Mi imposi e la paziente se ne andò indignata.

La cosa più interessante è che la paziente ha un comportamento simile con il suo ragazzo, e mi dice quanto il suo ragazzo sia irragionevole e irrazionale...

Lui deve sempre avere ragione. Quindi le sue lamentele riguardo il ragazzo sono molto simili alle lamentele che io posso fare rispetto alla paziente. In un modo sottile ho cercato di mettere in relazione quello che succede alla paziente fuori dal mio studio con il suo comportamento con me. In questo modo, il tentativo di mettere insieme quello che succede dentro e fuori dello studio, fa la grossa differenza con la psicoanalisi.

E' anche la ragione per cui bisognerebbe vedere i pazienti almeno due volte alla settimana. Se li vedessimo una sola volta alla settimana, troppe cose succederebbero e non si avrebbe il tempo di toccarle tutte. A volte il transfert di questi pazienti è così intenso e gratificante che può supplire la vita ordinaria del paziente. Non c'è nessuno che può avere una così buona relazione con il paziente che non sia il terapeuta, il terapeuta diventa il migliore amico. Ci sono pazienti per i quali l'appuntamento con il terapeuta è l'unica vita sociale che hanno. Questo è molto pericoloso. Può portare a trattamenti senza fine.

I pazienti cercheranno tutti i modi possibili per non finire mai il trattamento in quanto esso supplisce la loro vita sociale.

L'analisi del transfert per i pazienti borderline è combinata con una esplorazione della realtà immediata e con una visione generale del trattamento a lungo termine. Non ha lo stesso significato che le si attribuisce nella psicoanalisi standard.

Abbiamo visto le differenze che riguardano l'interpretazione, le differenze che riguardano l'analisi del transfert e per ultimo vedremo le differenze che riguardano la neutralità tecnica.

La neutralità tecnica, seguendo le definizioni di Anna Freud, è la capacità di rimanere su posizioni neutre riguardo i conflitti interiori nel paziente.

È una posizione di obiettività per la quale l'analista non interviene nella vita del paziente, non consiglia il paziente e si mantiene in una posizione di osservatore interessato, che aiuta il paziente a capire che cosa succede nella sua vita, ma, in contrasto con la funzione di supporto di una psicoterapia, non formula consigli, non dirige il comportamento del paziente nella vita quotidiana.

Questo atteggiamento è spesso confuso con la freddezza dell'analista, con la volontà dell'analista di rimanere nell'anonimato. Lasciatemi spiegare la differenza.

La neutralità tecnica significa l'equidistanza dal Super-Io del paziente e dalla realtà esterna. Significa essere alleato con la parte obiettiva dell'Io del paziente. Questo concetto è anche espresso come alleanza terapeutica.

La neutralità tecnica non implica indifferenza, ma oggettività. Implica l'astinenza in quanto i desideri di transfert del paziente non sono garantiti. Non implica mai anonimato.

Questa è la visione moderna della psicoanalisi. Infatti si credeva che il paziente non dovesse sapere niente dell'analista, l'analista si pensava come uno specchio in cui si potesse riflettere il paziente. In pratica, il concetto di anonimato, che si è sviluppato nel pensiero psicoanalitico negli anni 40 e 50 arrivò ad essere una fonte inanalizzabile di idealizzazione dell'analista, in quanto analista anonimo era perfetto, mai si arrabbiava, mai diceva una parolaccia, mai sarebbe andato in bagno durante una seduta, era assolutamente perfetto.

L'anonimato porta una idealizzazione inanalizzabile. Io penso che il concetto odierno della neutralità tecnica incomincia a mettere in dubbio l'anonimato. Il terapeuta dovrebbe essere neutrale, ma essere neutrale significa avere un ruolo.

A sua volta, avere un ruolo significa non comunicare al paziente se non cose che sono nel bisogno del paziente. Non si parla al paziente di se stessi, non si danno informazioni personali, ma nello stesso tempo, bisogna parlare in maniera sociale ed appropriata al paziente. Per esempio, se io sono in un dibattito pubblico, parlando di una questione controversa, non importa se il paziente è presente, a patto che io stia facendo qualcosa di socialmente appropriato.

Non importa se il paziente sa da che parte sto o come la penso riguardo ad un tema. Se il paziente pensa che deve pensarla come me, io lo interpreto come una sottomissione, quindi io gli spiegherò tutta la situazione e sottolineerò il fatto che lui può avere opinioni diverse dalle mie.

Spero che la differenza tra neutralità tecnica e anonimato sia chiara. L'analista non è un robot, è perfettamente neutrale con l'eccezione che tutta la comunicazione è governata dal principio che si comunica solo quello che è rilevante. Se il paziente mi chiede dove mi sono formato io, io penso che sia importante che il paziente sappia queste cose. Se il paziente è interessato a sapere se sono qualificato per trattarlo, io spiego quali sono le mie credenziali perché penso che sia importante per il paziente sapere con chi dovrà lavorare. Se invece il paziente mi dice che un quadro che è nel mio studio è bello e vuole sapere chi l'ha dipinto, io rispondo chiedendo perché vuole saperlo.

Quindi la mia risposta non è, come ci si potrebbe aspettare, molto sociale. Infatti, la comunicazione con il paziente deve essere diversa dalla conversazione normale tra due persone.

Questo che vi ho appena detto sembrerebbe strano se non lo facessimo rientrare in una spiegazione chiara che si deve dare al paziente all'inizio del trattamento.

La differenza tra psicoterapia psicoanalitica e psicoanalisi risiede nell'interpretazione, nell'analisi del transfert e nella neutralità tecnica. Tornando ancora alla neutralità tecnica, c'è un enorme differenza con la psicoanalisi.

La gravità del comportamento dei pazienti borderline richiede che si pongano dei limiti al paziente.

Quando si pongano dei limiti al paziente, ci si comporta non più in modo neutrale. Quindi la neutralità tecnica è limitata dal bisogno di fornire struttura e limiti per il paziente. Quando ci si muove fuori dai limiti della neutralità tecnica, si crea il bisogno di ristabilire la neutralità, una volta finito il motivo per cui se ne era usciti. Se il paziente entra fumando e butta la cenere per terra, la mia reazione è quella di dire al paziente che ho un portacenere e di usarlo. Dopo due minuti la situazione si ripresenta.

Quindi è chiaro che questa sua azione ha un significato. Incomincio a interpretare questo comportamento come provocatorio. Il paziente risponde che è vero. Ad un certo punto devo dire al paziente che ho esplorato il significato di questo suo comportamento e che la mia impressione è che il paziente sia così soddisfatto di questo comportamento che si sovrappone alla concreta possibilità di analizzare il problema. Mi sono quindi trovato nella situazione di imporgli di non farlo più perché danneggiava la mia persona, il mio studio e che non l'avrei più accettato. Il paziente continuò a buttare la cenere per terra e quindi io lo mandai via. Il paziente se ne andò e la settimana seguente venne comportandosi ancora nella stessa maniera, gli dissi che vedevo la possibilità che il suo comportamento non cambiasse e che quindi mi trovavo costretto a finire lì il trattamento. La seduta seguente tornò molto arrabbiato perché mi disse che nessun amico suo aveva mai sentito che un terapeuta avesse buttato fuori dal suo studio un suo paziente. Quindi lui disse che io soffrivo di una grave forma di transfert. Dissi al paziente che quelle erano le mie aspettative su di lui e che non mi sarei mosso di un millimetro dalla mia posizione. Il paziente smise di buttare la cenere per terra, ma continuò ad essere arrabbiato con me in quanto era convinto che la mia era una posizione arbitraria e che lo dominavo nella maniera in cui lo stavo trattando, esattamente come aveva fatto suo padre durante la sua infanzia. Io analizzai questo suo comportamento cercando di fargli capire che lui stesso aveva provocato la situazione senza rendersene conto. Mi rispose che lui pensava che dall'analista si potesse comportare come voleva, era per questo che andava dall'analista. Gli risposi che quella non era la stessa visione che io avevo di una relazione psicoanalitica. Gradualmente il paziente poté rendersi conto dell'aggressività del suo comportamento verso di me: era un modo per provocarmi a diventare come suo padre, in modo da avere buone ragioni per potersi rivoltare contro di me. Gli spiegai quindi le ragioni che mi portarono a rinunciare alla neutralità, e cioè che mi aveva costretto lui con il suo comportamento.

A volte questo può risultare drammatico come la situazione di una paziente che mi minacciò di suicidarsi durante una mia assenza dalla città per una settimana.

Le dissi che la prendevo sul serio e che volevo che lei prendesse da casa i due flaconi di sonnifero alla fine della seduta e le portasse all'infermeria dell'ospedale e che io dall'aeroporto avrei chiamato l'infermeria e con l'assicurazione da parte del personale che lei aveva consegnato i farmaci, sarei partito.

Se non avesse rispettato queste condizioni, non sarei partito e l'avrei fatta ricoverare per proteggerla dal suicidio, ma in seguito non avrei continuato la psicoterapia con lei. Le dissi che aveva dieci minuti per decidere e la paziente si spaventò e mi assicurò che non si sarebbe suicidata. Le dissi che questo non mi bastava, che se quei flaconi non fossero state portate all'infermeria, io sarei rimasto nella mia posizione di interrompere il trattamento. Decise di andare a casa, prendere i medicinali e di consegnarli all'ospedale.

Al ritorno dal mio viaggio il problema principale fu quello di analizzare il significato del fatto che la paziente volesse provocarmi al punto che io dovessi minacciarla di interrompere il trattamento.

In breve, la neutralità tecnica deve essere abbandonata nel caso in cui il trattamento richieda una presa di posizione decisa. Questa è la strategia generale di trattamento.

Passiamo ora a quelle che sono le istruzioni iniziali che io di solito do ad un paziente.

In seguito parleremo di ciò che io mi aspetto da queste istruzioni.

Io dico al paziente che in seguito al completamento della diagnosi, penso che il trattamento più indicato sia la psicoterapia psicoanalitica, che mi aspetto di vedere il paziente 2 o 3 volte alla

settimana per 45 minuti. Io di solito vedo i pazienti 3 volte alla settimana. Però questo si può fare anche solo 2 volte per settimana.

Il modo in cui lavoreremo, dico al paziente, è che ci sedemmo uno davanti all'altro e che il suo compito è di venire alle sedute a parlarmi delle cose che più lo preoccupano in ogni momento. Di parlare liberamente ed il più apertamente possibile riguardo qualsiasi cosa gli passi per la mente. Questo può sembrare strano al paziente. Allora spiego che qualsiasi cosa passi per la nostra testa dipende da tre fattori.

- 1) **Mi aspetto che non ci si prepari una conversazione prima di venire in seduta, mi aspetto che si parli delle cose che vengono in mente di volta in volta quando ci si trova con a me.**
- 2) **Le cose che ci vengono in mente sono influenzate da quello che ci circonda, da quello che vediamo, da quello che succede nel mondo. Voglio che si sappia che questa atmosfera la si trova anche nel mio studio. Il mio comportamento durante le sedute, sarà fondamentalmente una funzione di ascolto, così che non si troverà niente che distraga il paziente da quello che vuole pensare.**
- 3) **I nostri pensieri dipendono dalle sensazioni che ci provocano le nostre emozioni, i conflitti emozionali che si rivelano sotto forma di fantasie, di paure, memorie o percezioni.**

Qualunque sia la cosa che ci viene in mente queste sensazioni sono estremamente interessanti in quanto le vicende che ci toccano più da vicino appaiono in questa forma.

Quindi se non si ha nessun tipo di conversazione preparata, e se si riesce a parlare liberamente, sono soddisfatte le aspettative che io ho per il paziente.

Non sarà facile all'inizio, ma è compito che con il tempo si può arrivare a svolgere nel migliore dei modi.

Il mio compito - dico al paziente - è di ascoltare attentamente cosa sta dicendo e condividere quello che posso pensare essere di aiuto per capire te stesso. Comunicherò quello che spero possa portare a capire cosa sta succedendo. Ogni tanto, potrò arrivare a chiedere cosa succede nella testa del paziente in modo che io possa capire i limiti della sua coscienza. Il mio compito è di aiutare a sviluppare questi limiti.

Ogni tanto, quello che passa per la testa può sopraggiungere sotto forma di domanda. Posso rispondere o meno a questa domanda, a seconda se ritengo che in quel momento sia la cosa migliore che io possa fare per aiutare il paziente. Può essere che risponda o no.

In quel momento si vedrà come la nostra conversazione è diversa da una conversazione normale che si può avere in società.

Quindi il paziente ha libertà completa per dire quello che vuole, si dovrebbe sforzare a farlo. Anche questa è una differenza importante tra le conversazioni "normali" e le conversazioni che si hanno durante il trattamento.

Non si deve pensare alla riservatezza, alla discrezione, ma parlare liberamente come se si stesse parlando a se stessi.

In questo modo, ci completeremo in due modi completamente diversi.

Questa è la natura dei nostri compiti. Probabilmente comportandoci in questo modo potremo aiutare il paziente a capire di più quello che gli passa per la testa, e quei conflitti che l'hanno portato alle difficoltà che l'hanno poi spinto a venire in terapia.

Una volta che il paziente ha capito bene queste cose e mi ha fatto tutte le domande del caso, si può incominciare.

Da questo momento mantengo un comportamento costante in tutte le sedute, lo saluto, lo faccio sedere, mi siedo, e ascolto.

Quello che ho spiegato non sono solo le regole del gioco. Se ci si pensa dietro le regole, c'è una **struttura oggettiva della relazione.**

C'è una persona che parlerà apertamente di se stessa ad un'altra persona, avendo fiducia e fede nel futuro e nelle capacità dell'analista.

E' la relazione tra una persona che ha bisogno di aiuto e che ripone la sua fiducia in una persona che non è Dio e non è onnipotente, ma che ha una conoscenza professionale del funzionamento mentale.

Ci si aspetta che si produca una relazione inaspettata tra il terapeuta voi e il paziente e si potrà riconoscerla precisamente perché è diversa da quella ideale che si è studiata.

Per esempio, il paziente entra e durante la seduta mi guarda, io lo guardo, lui mi guarda e dopo un po' mi dice "Allora?", io rispondo "Allora?" e il paziente rimane zitto.

Dopo un po' mi dice che sono molto percettivo.

A questo punto sottolineo al paziente che non sta svolgendo il suo compito e che è un comportamento ovviamente provocatorio.

"Che intelligente" mi dice il paziente.

Potete vedere che c'è qualcosa di diverso che il paziente ha in testa, non è una relazione normale.

Quindi il paziente si comporta in un modo provocatorio e io so già il perché e come se svilupperà.

Mi permette di entrare nella profondità di dove il paziente vuole arrivare.

Questo esempio è solo per dimostrare come la relazione può drammaticamente cambiare fin dall'inizio del trattamento.

Il nostro compito principale è di diagnosticare la natura del transfert, i suoi significati inconsci e fare interpretazioni.

E' facile da capire in teoria, ma in pratica il terapeuta si domanda come deve riconoscere il transfert.

Vi assicuro che solo con un po' di esperienza non si ha assolutamente alcuna difficoltà in individuarlo.

Il problema sarà come interpretarlo.

Ecco le regole fondamentali per interpretare il transfert:

L'interpretazione dei transfert avviene in tre stadi e questo è il principio fondamentale per questo tipo di psicoterapie.

- Il primo passo è la diagnosi della relazione dominante nell'hic et nunc. Questo significa che nel mezzo di una manifestazione caotica del paziente si dovrà diagnosticare quello che è più importante in quel momento e in secondo luogo come questa cosa importante può essere messa in una frase che chiarifichi la natura di questa relazione.

Ho incominciato facendo l'esempio del paziente che mi diceva quanto fossi intelligente, era ovvio che **il paziente voleva provocarmi.**

Quindi, io mi chiedevo che cosa stava succedendo, chi stava facendo che cosa e a chi, perché. La domanda chi sta facendo cosa e a chi, adesso e perché è la formulazione che anni fa fu portata alla ribalta. Questa domanda definisce il fatto che ci sia una relazione che si sta portando avanti tra due persone, due persone fantastiche che stanno interagendo sotto l'effetto di qualche fatto. Se il paziente mi dice quanto io sia intelligente, mi sta provocando attivamente e io dovrei essere una vittima innocente, oppure (come sapevo dall'esperienza) che il paziente mi avrebbe continuato a provocare fino a riuscire a farmi alterare.

A questo punto il paziente si sarebbe infuriato come conseguenza del fatto che io mi sarei permesso di arrabbiarmi tanto.

Questa infuriata sarebbe stata completamente distruttiva. Io diagnostica che mi trovavo davanti ad un paziente sadico che si trovava davanti alla sua vittima e cerca di provocarla, aspettando che l'altra persona reagisse. Spero di aver dato l'idea con questo esempio della relazione con l'oggetto che il paziente aveva. Un oggetto violento, sadico. Prima provocando inconsciamente, fino a provocare una risposta per poi scoppiare violentemente.

Come si arriva ad una conclusione come questa? Non sicuramente in una seduta. Si deve aspettare con calma. Il paziente si comporterà nella stessa maniera molte volte, e prima non si

capirà perché lo sta facendo, ma gradualmente ci si concentrerà su questo aspetto, si arriverà a capire, in una forma metaforica, le relazioni dominanti.

Altro esempio: un uomo giovane tutto vestito di nero, sempre vestito di nero, portava sempre la sedia in un angolo dello studio e si sedeva guardandomi in maniera di sfida. Spesso mi sembrava un prigioniero che era chiamato a sostenere un interrogatorio, in Russia nel periodo di Stalin. Quindi la relazione fu trasformata in una metafora che comprende la relazione tra due persone sotto il controllo di un affetto dominante. Quello è ciò che si cerca di definire nei termini di io e di oggetto del paziente. In altre parole, si trasforma tutto in una rappresentazione in termini di Io e di Oggetto del paziente. Il paziente, non solo si identifica nella rappresentazione dell'Io, può anche identificarsi nella rappresentazione dell'oggetto.

L'esempio che ho dato dell'uomo vestito di nero era di un Io terrorizzato, spaventato; mentre io ero un padre sadico e cattivo. Nel caso precedente, la paziente era identificata con la madre sadica ed io ero identificato con il paziente. Quella paziente era stata brutalmente trattata da sua madre durante l'adolescenza, la picchiava con regolarità. La paziente stava ripetendo le drammatiche esperienze del passato con una inversione di ruoli nel presente.

- Il secondo passo, non solo comprende questa definizione, ma anche il cambiamento di ruoli che è tipico dei pazienti borderline, così che **il paziente si può identificare con la madre sadica riversando contro di me le sue cattive abitudini**, mentre altre volte i ruoli si invertono. **Quella stessa paziente quando le dicevo che la seduta era finita, diceva che aveva assolutamente bisogno di dirmi una cosa. Io le ripetevo che la seduta era finita e lei si disperava dicendomi che era davvero urgente quello di cui voleva parlarmi. Io le dissi che me ne avrebbe parlato nella seduta seguente.**

Dopo pochi giorni sprecò metà seduta rifiutandosi di dirmi quello che voleva solo un paio di giorni prima. Questo comportamento era ovviamente di ripicca.

Quindi la paziente abbandonava la seduta piangendo disperatamente e la mia segretaria si domandava che tipo di uomo fossi che facevo piangere al tal punto le mie pazienti. Quindi alla fine della seduta, **la paziente si identificava con la vittima ed io con la madre che abusava di lei. Dovete interpretare la relazione da un punto di vista di scambio di ruoli.** Si deve essere consapevoli che il ruolo che si assume per il paziente, può cambiare completamente in ogni istante, si deve essere in grado di interpretare il significato inconscio del hic et nunc.

E' la stessa relazione che tornerà centinaia di volte durante il trattamento. Il vantaggio è che il paziente gradualmente perde la paura dell'identificazione sia con la vittima che con l'aggressore.

Questo significa che il paziente può tollerare l'identificazione interna con l'esperienza che terrorizza.

Questo ci porta al terzo stadio.

- Il terzo passo è l'integrazione di tipo persecutorio della relazione d'oggetto internalizzato, con una separazione della relazione d'oggetto ideale. Questo si trova nei pazienti borderline nel voler suddividere le persone ideali e quelle persecutorie mentre stanno parlando della stessa persona. Questa stessa persona può essere meravigliosa oppure il diavolo. Per esempio, una paziente mi vedeva a volte come un padre completamente sadico. Lei aveva la fantasia che se io l'avessi uccisa, lei sarebbe stata molto contenta perché sarebbe morta con l'idea che io sarei diventato un assassino e per il resto dei miei giorni avrei dovuto pensare a lei, la mia vita sarebbe diventata un inferno. Sapendo che lei sarebbe diventata parte della mia vita, sarebbe potuta morire contenta. Questa fantasia si presenta con tale illogicità che ci misi molto a capire che cosa volesse dirmi. Nella fantasia io apparivo come molto violento e sadico, a tal punto che l'unica forma di volerle bene era quella di ucciderla. Questo era completamente dissociato con l'immagine che aveva di me come una persona molto amorevole, debole ed impotente. Io ero una combinazione tra madre e padre. Aveva la fantasia che io avessi sia i seni che il pene. Aveva la fantasia che io le facessi il bagno nella vasca, ma che ella avrebbe orinato e defecato nell'acqua in quanto non c'era problema. Infatti l'acqua l'avrebbe pulita e a me non dava fastidio.

Così si sentiva protetta. Questa era la natura dell'aspetto protettivo della relazione. La confusione tra i sessi, la confusione tra i ruoli del padre e della madre, si mischiarono in un padre sadico. Queste due relazioni avvennero in circostanze diverse, in sedute diverse. Ho impiegato mesi prima di poter mettere insieme le cose. Il fatto che questa relazione distruttiva che aveva con me, di amore e di odio, contrapposta alla mia figura che impotentemente e amorevolmente la lavava, rifletteva una differenza tra me come padre sessualmente aggressivo, un padre madre impotente che non differenziava la sessualità genitale perché era spaventata dai sentimenti genitali verso un padre forte e mascolino che non arriverà mai ad ucciderla, ma a scieglirla come oggetto preferito.

Ci impiegammo mesi affinché questa fantasia si sviluppasse completamente nel transfert e per passare dal primo al secondo e al terzo stadio.

Vi darò un altro esempio: una paziente mi telefonava giorno e notte.

Dovetti dire al paziente che mi poteva chiamare di giorno e di notte se avesse avuto una crisi, se non si fosse trattato di una crisi, le dissi che non doveva chiamarmi. La avvisai che se mi avesse chiamato ancora sapendo che non c'era una crisi, non le avrei più risposto per telefono neanche nel caso di una crisi, per una settimana.

Se si fosse ripetuto, avrebbe dovuto aspettare un mese prima di potermi parlare per telefono. La paziente arrivò alla conclusione che io avevo già deciso che non le avrei parlato per telefono per un anno intero.

Questa paziente era davvero una suicida potenziale. Sapeva che se voleva suicidarsi doveva andare all'ospedale e non telefonare a me e le dissi che se avessi dovuto salvarla da un tentativo di suicidio, lo avrei fatto, ma avrei terminato lì il trattamento in quanto le sue responsabilità erano di parlarne in seduta e se non era giorno di seduta, sarebbe dovuta andare in ospedale. Un giorno mi chiamò e parlò al telefono in maniera che io non capissi chi fosse e mise giù il telefono. Il giorno successivo venne in seduta e si arrabiò perché disse che fu sul punto di suicidarsi e io non feci niente per salvarla.

Le risposi che se era in grado di telefonarmi, avrebbe anche potuto parlare in maniera da farsi riconoscere.

In aggiunta non c'era nessun bisogno di chiamare se si fosse davvero voluta suicidare. Si arrabiò molto, ma non si verificò più.

In una seduta, rispondendo alla mia richiesta di una spiegazione per ciò che avvenne per telefono, la paziente rispose che voleva che noi due avessimo una sorta di linea diretta come tra il Cremlino e la Casa Bianca.

Aveva la fantasia che qualsiasi cosa io stessi facendo avrei dovuto interromperla perché lei mi stava chiamando.

Solo sapendo questo, lei sarebbe stata completamente contenta e soddisfatta.

Io ho interpretato questa cosa come una relazione tra un bambino e la sua mamma e il bambino sa che se piange arriverà la mamma. In circostanze ideali, il bambino di tre mesi è l'unica cosa importante per una mamma.

La paziente si rese conto che la cosa non poteva svolgersi in questi termini. Per un adulto, questo non poteva accadere. A questo punto, le dissi che secondo me, c'era una parte di lei che le diceva che io potevo essere una mamma ideale.

Ma se non mi fossi comportato come lei voleva, sarei subito diventato freddo, indifferente, la peggiore madre del mondo.

L'unico modo che lei vedeva possibile per non farmi diventare la peggiore madre era quello di stimolarmi a essere la migliore.

Le dimostrai come c'erano dei momenti in cui pensava a me come la madre migliore e dei momenti in cui si infuriava con me sbattendomi giù il telefono.

Vedete come sto portando avanti il discorso della relazione ideale e della relazione persecutoria.

Questa strategia, come già abbiamo avuto modo di vedere, può richiedere molti mesi per essere definita, per passare dal primo al terzo livello.

Poi, dopo anni di trattamento si potrà farlo in una seduta. La stessa sequenza si ripete molte volte sempre più velocemente. In generale, quando il trattamento va bene, l'intera patologia si concentra nelle ore di seduta e diminuisce nell'ambiente esterno.

Se questo succede, significa che si è sulla buona strada, anche se ci si mette tanto tempo. Se si osserva che non ci sono cambiamenti nel mondo esterno e si ha lo stesso comportamento da parte del paziente dentro e fuori lo studio, significa che c'è qualcosa che non funziona.

Se durante le sedute, ad esempio, va tutto bene e si è instaurata una atmosfera molto bella e, fuori dallo studio è un inferno per il paziente, è sintomo che qualcosa sta andando molto male.

Il nostro compito in ogni seduta è quello di trovare la relazione d'oggetto dominante, senza dimenticare la vita esterna del paziente, ma anche lasciandosi condurre da questa relazione dominante.

Ogni tanto sembra una cosa magica, infatti se ci si trova davanti ad un paziente contornato dal caos, si dovrà essere in grado di scindere le cose e vedere che cosa sta succedendo nella seduta.

Se si sarà in grado di svolgere questa funzione in modo giusto e in modo da **permettere al paziente di esprimere la sua patologia con noi, di ricordare il passato e rivivere le esperienze traumatiche, le emozioni del passato, questo fatto dominerà la vita del paziente in quanto in nessun altro posto sarebbe in grado di vivere queste emozioni.**

Uno degli aspetti interessanti in ogni seduta, è di arrivare il più velocemente possibile alla relazione d'oggetto dominante nella seduta.

Questo si riferisce all'interpretazione di dove è l'affetto dominante di ogni seduta.

Questo non deve necessariamente coincidere con quello che il paziente ritiene essere rilevante in quel momento.

Si dovrà giudicare se è dove il paziente dice che si trova o se individuarlo voi stessi: il giudizio deve essere espresso in base a tre canali di comunicazione tra voi e il paziente.

- **Il primo canale è la comunicazione di esperienze soggettive attraverso la comunicazione verbale.**
- **Il secondo canale è la comunicazione intesa come comportamento non verbale. Questo si ottiene mediante una completa osservazione se il paziente e con il confronto.**
- **Il terzo canale è il contro-transfert. Questo è in contrasto con il concetto tradizionale della risposta inconscia del terapeuta al transfert.**

Il concetto moderno possiede quattro componenti.

- ★ Primo, le risposte inconsce del transfert del terapeuta attivate dal paziente. Per esempio, inconsciamente le reazioni del paziente ricordano una immagine della vostra famiglia e questo influenza la vostra reazione.
- ★ Secondo, la reazione alla realtà del terapeuta. Per esempio, il paziente spaventa il terapeuta denunciandolo al suo superiore, il che significa un attacco alla persona del terapeuta e quindi una paura vera. Oppure il paziente è il primo paziente e quindi il terapeuta dipende economicamente da lui, se questi minaccia di interrompere la terapia, il terapeuta di dente angosciato, avrà paura. Quindi questo deriva dalla realtà del paziente.
- ★ Terzo, la realtà del paziente. Il paziente che è spaventato dall'essere espulso da scuola, provoca il contro-transfert perché il terapeuta è interessato e preoccupato per il futuro del paziente. Quindi il paziente vive una realtà che può coinvolgere i sentimenti del terapeuta.
- ★ Il quarto punto è la reazione realistica al transfert del paziente. Il paziente cerca di sfruttare il terapeuta con tutte le sue forze e il terapeuta pensando a quanti minuti mancano prima che il paziente se ne vada. Questo può accadere. Per motivi pratici, questo è la componente principale del contro-transfert nel trattamento di pazienti con organizzazioni di personalità di tipo borderline in

quanto la gravità della regressione nel transfert nella seduta, porta a delle reazioni intense. Si deve essere pronti a rispondere a questa eventualità.

Questo potrebbe sembrare un problema, ma è un vantaggio in quanto la reazione può mettere in guardia sull'importanza del transfert e sottolineare quello che è più importante nel transfert.

Il contro transfert può essere diviso in due tipi:

- il primo è quello in cui ci si identifica con le esperienze del paziente, e con i suoi sentimenti. Questo tipo è chiamato "identificazione concordante".
- Il secondo tipo è quello in cui ci si identifica con gli oggetti con cui il paziente si identifica. E' chiamato "identificazione complementare". In quest'ultimo caso, non ci si identifica più con le esperienze soggettive del paziente, ma ci si identifica con gli oggetti del paziente: si è aiutati a puntualizzare sulle esperienze reciproche del paziente e si può essere in grado di fare una diagnosi più accurata sulla relazione del paziente con gli oggetti nel transfert. L'esempio classico è quello del paziente che entra in seduta e dice che non ha passato l'esame.

Poi silenzio.

Anche il terapeuta si sente triste perché aveva provato in tutti i modi a preparare il paziente all'esame, lui ci teneva tanto.

Quindi il terapeuta gli dice che lo vede scoraggiato in seguito a questo risultato, come se fosse una sconfitta definitiva.

Secondo esempio: il paziente entra e dice che non ha superato l'esame.

Poi silenzio.

Il terapeuta pensa che era ovvio, visto che non aveva studiato non aveva modo di poter superare l'esame. Quindi gli dice che si sta domandando se si sente disperato per il risultato o se pensa di essere disperato in quanto lui ora potrà giudicarlo negativamente.

Osservate come la stessa frase conduce a due conclusioni diverse nell'interpretazione del transfert. Io penso che entrambe le reazioni siano giuste in quanto utilizzano il contro transfert come parte del materiale utilizzato per l'interpretazione del transfert.

Il primo è classicamente del tipo concordante.

Il secondo è la tipica identificazione.

Qual è il principio generale che emerge da entrambe le interpretazioni?

Il terapeuta deve tollerare il contro-transfert, non negarlo. Non deve agire su di esso, ma interpretarlo.

Si capisce alla luce di ciò il motivo che mi ha spinto a sottolineare con tanta enfasi il ruolo della neutralità del terapeuta e del saper rimanere al proprio posto. Quindi il rischio di acting out del contro-transfert, può essere controllato dal fatto che il terapeuta sappia rimanere al suo posto.

Questo non sempre è possibile: i miei acting out (vissuti emozionali) spesso sono inevitabili ed a volte sono molto importanti.

La cosa fondamentale è che se il terapeuta arriva all'acting out deve esserne consapevole. Si deve rimanere onesti con sé stessi e con il paziente.

Il fatto che esistano dei momenti in cui non si riesce a controllare le proprie emozioni, ma non ci si arrende e si vuole continuare a studiare cosa sta succedendo senza perdere le fila di quello che sta succedendo, aiuta il paziente ad identificarsi con il terapeuta come essere umano. Il contro-transfert deve essere contenuto e analizzato in termini di interpretazione del transfert.

Il secondo ruolo dell'interpretazione è quello dinamico.

E' riferito al bisogno di interpretare le cose dalla superficie alla massima profondità, è una regola che influisce sul modo in cui si formula l'interpretazione più su che cosa bisogna scegliere per l'interpretazione. Il "che cosa" bisogna scegliere è un problema economico.

Come interpretarlo è un problema dinamico.

Un esempio.

Il paziente dice, "buongiorno" e poi silenzio.

Si può scegliere di dirgli che è arrabbiato, cosa peraltro giusta, **oppure dirgli che ha paura di parlare dei suoi sentimenti di rabbia nei confronti del terapeuta, il che è ancora meglio.**

Si noti la differenza.

Ovviamente il paziente con il suo silenzio mostra di essere arrabbiato, ma non è capace di osare di spiegare le ragioni del suo silenzio.

Il silenzio è quindi una difesa contro la rabbia. Questo comportamento può veramente essere di aiuto, infatti, **sottolineando al paziente che sta avendo un atteggiamento di paura, e soprattutto con un atteggiamento di paura verso il fatto che il terapeuta possa scoprire le ragioni per cui ha paura e quindi non giudicarle valide per provare paura.**

Per esempio, un paziente in analisi sviluppa una caratteristica per cui si toglie il vestito e dopo cinque minuti se lo rimette, se lo toglie e se lo mette. Si potrebbe dire al paziente che potrebbe essere in una situazione in cui voglia eccitare sessualmente il terapeuta. Questo può essere corretto.

- Il terzo principio è il principio strutturale dell'interpretazione. Questo può essere applicato a pazienti meno gravi: qual è la parte della loro mente che è difensivamente impegnata contro quale altra parte? **Una difesa dell'lo contro il Super-lo,** ecc.

Nel caso di personalità borderline, bisogna tenere sempre in mente qual è la relazione oggettuale dominante in ogni istante e contro quali altre relazioni oggettuali si ha una difesa.

Per esempio: una erotizzazione intensa come difesa alla possibilità di un'aggressione intensa. Oppure il contrario, una relazione costantemente sadomasochistica come difesa ad una erotizzante. Certamente nei pazienti borderline, quello che è una difesa può essere ribaltata molto facilmente. Quindi quello che oggi può essere un meccanismo difensivo, può essere quello da cui un domani ci si dovrà difendere. Bisogna esser preparati con questi pazienti per agire in maniera flessibile ai principi strutturali.

Vi ho dato le regole per l'interpretazione e l'unica cosa che voglio fare in meno di cinque minuti è quello di darvi altri consigli pratici da utilizzare poi in seduta.

- (1) Non appena emergono nelle sedute meccanismi di difesa primitivi, si dovrebbe interpretarli in termini di interpretazione di transfert primitivo in quanto l'interpretazione delle prime difese del paziente rafforza il suo lo e quindi le sue capacità di lavorare con il terapeuta.
- (2) **Un secondo consiglio è che quando si interpreta un qualsiasi significato inconscio, si incomincia dalla superficie in cui sia il terapeuta che il paziente vedono la realtà nella stessa maniera. Nel caso in cui il terapeuta veda la realtà in modo diverso da come lo fa il paziente, si dovrà chiarire la situazione e confrontarla fino a quando non si avrà un senso comune della realtà. Altrimenti vi è un grosso rischio di un acting out (vissuto emozionale) grave, ed anche di una grave regressione psicotica.**
- (3) **E' importante interpretare bene sia il transfert positivo che quello negativo, ma si possono tollerare le idealizzazioni leggere e lasciarle perdere negli stadi iniziali per rafforzare l'alleanza terapeutica.**
- (4) **E' altrettanto importante osservare la reazione del paziente alle interpretazioni del terapeuta, infatti solo le reazioni del paziente potranno indicare se le interpretazioni sono corrette e se il paziente usa queste in maniera realistica oppure no.**
 - **Esistono pazienti che le usano magicamente,**
 - **pazienti che si sentono molto bene se il terapeuta parla molto,**
 - **nel caso in cui il terapeuta non parli, si sentono abbandonati. Non ascoltano quello che il terapeuta dice, l'importante è che continui a parlare.**

Non ho ancora parlato di holding e containing.

Holding è un concetto che risale a Winnicott e si riferisce alla **capacità di tollerare emozioni intense nel contro-transfert senza dover agire su di esse.**

In altre parole, l'essere capace di contenere la vita emotiva del paziente senza permettere che l'intensità sia fatta esplodere in un'agitazione.

Containing si riferisce alla stessa cosa, ma in senso cognitivo.

Principalmente al fatto che il terapeuta debba contenere tutta la realtà che ho descritto nei termini dei tre canali di comunicazione e provare a formulare nella sua mente in modo da mettere insieme quello che è più importante, il fatto scelto che poi potrà condurre all'interpretazione.

Torniamo un attimo indietro, all'inizio!

Il terapeuta ha finito la valutazione, la diagnosi del paziente e sta cercando di decidere quale trattamento può essere impiegato per il paziente che ha davanti.

Ha deciso per una psicoterapia psicoanalitica e spiega al paziente in che cosa consiste: il paziente deve venire due o tre volte a settimana, mette le regole per le assenze, le vacanze, le malattie, le informazioni pratiche del caso.

Si devono seguire le stesse regole per tutti i pazienti.

Ci sono pazienti che richiedono che si adattino queste regole ai loro problemi, ma deve essere chiaro a se stessi perché le cose con un determinato paziente sono diverse dalle regole che si è soliti seguire con gli altri pazienti.

Quindi il terapeuta sarà già allerta riguardo qualche eventuale distorsione. Ci sono terapeuti che fanno pagare le sedute ai pazienti che non si presentano ed altri che invece non lo fanno. Alcuni esigono che i pazienti prendano le vacanze nello stesso loro periodo. Questo non è molto importante. **Ognuno segua i propri principi.**

Ci sono alcune cose che emergono sempre con determinate pazienti, e da queste si possono ricavare alcuni consigli pratici.

I pazienti paranoici chiederanno se il terapeuta parlerà dei loro problemi in altra sede che non siano le sedute. Io dico ai pazienti che tutto quello che si discute in seduta è completamente confidenziale. Loro sono liberi di parlare della terapia con chi vogliono, la confidenzialità è una cosa che io esigo solo a me stesso in qualità di terapeuta. Esistono solo due eccezioni che possono rompere questa confidenzialità: in qualsiasi momento io creda di aver bisogno di aiuto per poter capire meglio il paziente mi prendo la libertà di discutere del caso con un collega più esperto di me in tema, comunque sempre di nascosto, cioè senza che il paziente lo sappia in quanto agisco nel suo interesse. Il secondo caso è quello in cui io giudico che la vita del paziente o di qualsiasi altra persona sia in pericolo e prenderò qualsiasi iniziativa per proteggere queste vite, non curandomi della confidenzialità.

Questo è il primo principio, e cioè di usare gli stessi criteri per tutti i pazienti.

In generale è utile quando si vede un paziente nuovo, prima di finire l'intervista preliminare, comunicare al paziente che si ha intenzione di fare un riassunto con lui di quello che è stato detto nella prima parte dell'intervista, e per vedere quelli che sono i vostri suggerimenti per poter poi progredire.

Per esempio se ho un paziente che devo vedere un certo numero di volte, posso dirgli che ho capito determinate cose di lui, ma che ho bisogno di vederlo altre volte per avere una visione migliore della sua situazione.

In questo modo do la possibilità al paziente di capire che cosa mi propongo per evitare che si interrompa la seduta in maniera prematura. Penso che sia d'aiuto per evitare le resistenze iniziale del paziente.

Certamente questa cosa varia da paziente a paziente, bisogna quindi seguire le proprie intenzioni, ma è d'aiuto la prima volta che si vede un paziente. Vi consiglio di dedicare un po' di tempo a quelli che saranno i passi successivi.

Anche se alla fine del primo colloquio il terapeuta sa già quale tipo di trattamento deve seguire, è bene dedicare un po' di tempo per discuterne con il paziente.

Per esempio: se io vedo un paziente per un'ora e mezzo, se dopo un'ora ho già fatto una diagnosi e so già che tipo di trattamento bisognerà seguire (caso peraltro raro), dedico la mezz'ora successiva alla discussione delle mie idee con il paziente per vedere le sue reazioni. Questo anche per evitare che finisca il tempo della seduta e che il paziente non abbia il tempo di capire e di reagire alle mie conclusioni.

Ci sono dei pazienti che sono paranoici e che evitano in tutti i modi di darmi delle informazioni utili. Questa è una complicazione molto interessante.

Per esempio: chiedo al paziente di descrivere la sua personalità e questi mi racconta di tutto tranne la sua vita sessuale.

- *Quindi sottolineo questo fatto al paziente e come risposta ottengo che il sesso è un tema privato.*
- *Rispondo quindi al paziente che sono consapevole di ciò, ma che questo tipo di trattamento richiede che io parli di cose molto personali con lui. Quindi se il paziente è disposto a ricevere il mio aiuto, per doloroso che sia deve accettare tutte le condizioni.*
- *Il paziente mi risponde che è disposto a ricevere aiuto, ma che non parla di sesso: e tutto!*

Pur apprezzando l'onestà del paziente, sono costretto a dirgli che è fondamentale che mi parli anche di un'area importante della sua vita come è quella sessuale. E che spesso, la cosa di cui più si è restii a parlare è quella che ha maggior significato, sia per quanto riguarda una diagnosi accurata, sia per impostare un trattamento efficace.

Probabilmente il fatto che lui non voglia parlare con me di questo aspetto indica che non è ancora pronto per una cura psicoterapica, e che probabilmente deve vedere se preferisce smettere con questa seduta o se è disposto a soffrire parlandomi della sua vita più intima per poter capire meglio le cose. Quindi, **se il paziente non è disposto a darmi tutte le informazioni che io ritengo necessarie, io non sono disposto a seguirlo in quanto non sono capace di leggere la sfera di cristallo.**

Quindi si la possibilità al paziente di interrompere la valutazione oppure di discutere con me il perché non si sente di trattare determinati temi con me.

A questo punto, **mi inoltro nella ricerca dei meccanismi difensivi che impediscono una comunicazione aperta. Sottolineo anche che sono disposto a dedicare a questa cosa tutto il tempo necessario affinché vengano superati gli ostacoli che ora sono presenti e che impediscono una comunicazione libera da inibizioni.**

Esistono dei casi in cui durante la valutazione ci si rende conto che esistono dei problemi così urgenti che bisogna affrontarli subito. Questi casi sono abbastanza rari, ma possono succedere. Per esempio può succedere con pazienti che hanno tendenze suicide. Può succedere che il rischio di suicidio sia imminente. Quindi bisogna agire immediatamente. Per esempio, vedete il paziente molto presto di mattina in modo da poter cancellare gli impegni della giornata nel caso in cui si debba andare all'ospedale con il paziente.

Ora parleremo più in dettaglio della struttura del contratto (patto).

Io spiego al paziente in generale che cos'è il trattamento, le condizioni generali e quindi **decido se esiste qualche cosa nel comportamento del paziente che ha bisogno di essere controllato per poter portare a termine un trattamento psicoterapeutico.**

Esistono cose che sono pericolose per la vita, per il trattamento, per gli altri e non posso tollerare comportamenti del paziente che distruggano il lavoro che si sta facendo. Darò una serie di esempi.

Il motivo più grave è il suicidio: un comportamento suicida è sia una complicazione che un motivo per porre determinate condizioni al contratto.

Se il paziente è molto grave, bisogna considerare il fatto che si renda necessario un ricovero, esistono comunque pazienti che sono potenziali suicidi cronici e per i quali il ricovero non è indicato, ma si consiglia invece una psicoterapia psicoanalitica. Questi casi devono essere trattati con cautela soprattutto nella fase di stipulazione del contratto. Quando si vede un paziente con queste caratteristiche si deve fare una diagnosi differenziale: la tendenza suicida deriva da una depressione, oppure senza depressione? Non tutti i pazienti depressi hanno tendenze suicide.

Quindi bisogna davvero conoscere la psicopatologia: si devono conoscere i sintomi e le cause.

Sintomi neurofisiologici, psichici e neurovegetativi.

Bisogna fare una diagnosi differenziale tra una depressione caratteriologica ed una depressione grave.

Nella letteratura, in questo campo esistono problemi semantici. La depressione è chiamata o reazione distimica o malattia grave di depressione. Reazione distimica è una nevrosi depressiva, una depressione nevrotica, una depressione caratteriologica. Questi sono tutti tipi di depressione che rientrano nel primo gruppo. Sono tutti termini equivalenti. Per quanto riguarda le patologie più gravi, sono comprese malattie depressive, melanconia, depressione grave. Queste per ragioni pratiche si riferiscono alla stessa malattia.

Bisogna fare una diagnosi differenziale perché tutti i pazienti con tendenze suicide, probabilmente, hanno bisogno di un ricovero. Nel caso in cui non venga richiesto il ricovero si dovrà avere davvero delle buone argomentazioni per la propria scelta.

Anche i pazienti con depressioni caratteriologiche gravi, e con reazioni suicide, possono avere bisogno di un ricovero, anche se con meno frequenza rispetto ai casi visti prima.

I criteri per il ricovero di pazienti che soffrono di una depressione caratteriologica, sono molto complessi.

Il primo criterio è la gravità della depressione.

La lentezza di pensiero ed azione, gli affetti repressi, la difficoltà di concentrazione, la presenza di sintomi neurovegetativi possono esserci anche in pazienti con una depressione caratteriologica.

Tutti questi sintomi insieme danno un valido aiuto nella valutazione della gravità della depressione.

Inoltre, bisogna valutare se il paziente è onesto nella comunicazione con il terapeuta, se è disonesto, in casi di depressioni gravi è consigliato il ricovero in quanto non si sa con chi e con che cosa si ha a che fare.

I pazienti che soffrono di una paranoia grave, i pazienti che dimostrano una scarsa considerazione di sé stessi, i pazienti che hanno fatto abuso o di droghe o di alcool sono quelli che tendenzialmente sono più portati al suicidio.

Anche i pazienti soli, isolati che hanno una storia di comportamento autodistruttivo rientrano in questa categoria: se si è in presenza di uno o più di questi fattori, il consiglio è quello del ricovero immediato.

Se non si ha a che fare con una depressione grave e non si manifestano le condizioni che ho esposto sopra, allora si può iniziare a trattare il paziente psicoterapeuticamente.

Al massimo si tratta il paziente con farmaci antidepressivi e si può incominciare il trattamento.

Attenzione a non cadere nell'errore più stupido che è anche il più frequente tra gli psichiatri negli Stati Uniti: **prima di somministrare farmaci ad un paziente dovete essere assolutamente sicuri che il paziente non li utilizzerà per suicidarsi.**

Quindi per incominciare, per i pazienti che danno l'idea di avere un comportamento disonesto, non si pensi neanche di dare loro medicinali alla prima seduta. Questa regola è la più importante di tutte quelle che ho dato e che darò. In primo luogo ci si deve sentire sicuri, solo così si potrà lavorare per il bene del paziente senza correre il rischio di commettere qualche stupido errore. Il senso di sicurezza del terapeuta viene prima di tutto il resto, nel senso che si deve essere sicuri che quello che si farà non potrà ritorcersi sul paziente in quanto il terapeuta non aveva eseguito una diagnosi differenziale corretta.

Esistono pazienti che possono avere una malattia psicotica e in più essere depressi: qualsiasi paziente con queste caratteristiche necessita di un ricovero immediato.

Non importa l'entità della depressione.

Esistono pazienti che hanno una doppia depressione. Una major effective illness ed una depressione caratteriologica: questi sono i casi più complicati.

Se il paziente è nuovo e non si è in grado di distinguere le due depressioni, è meglio essere prudenti e farlo ricoverare.

E' meglio far ricoverare un paziente che non ne ha bisogno piuttosto che correre il rischio che il paziente si suicidi senza aver fatto niente per evitarlo.

Dall'altro lato, se si ha un paziente che è un potenziale suicida, senza essere depresso, si può trattare con lui attraverso la stipulazione del contratto.

Quindi, la valutazione va impostata in modo da poter affrontare tutti gli aspetti che abbiamo appena visto.

I comportamenti suicidi in pazienti borderline, non depressi, si vedono in due tipologie di pazienti.

- La prima è la tipica personalità borderline o una personalità istrionica che sono parte di una serie di conflitti che portano il paziente ad avere tendenze suicide. Il paziente litiga con la madre e tenta il suicidio, perde il lavoro e tenta il suicidio. Queste sono espressioni di conflitti psicologici seri in un paziente che non è depresso. In queste condizioni, si può stipulare un contratto.
- Il secondo tipo di paziente è quello che ha una personalità gravemente narcisistica ed in più ha tendenze suicide come espressione del desiderio inconscio di esprimere la sua superiorità rispetto agli altri, la sua mancanza di paura verso la morte, dell'autodistruzione e che portano all'idea che se il mondo non soddisfa le sue richieste, lui saluterà il mondo con il suicidio.

Ci sono alcuni di questi casi dove esiste un tentativo inconscio di fare del male agli altri ed un suicidio significherebbe fare male alla propria famiglia: in questi casi il suicidio viene visto dal paziente come un far soffrire chi gli ha fatto del male!

Dove esiste un sadismo conscio od inconscio, si deve valutare questa possibilità.

Questa sindrome, cioè la sindrome del narcisismo maligno, può presentare tendenze suicide con una certa frequenza.

Spesso questi pazienti maturano l'idea di un suicidio in parecchi giorni o settimane e questo fa sì che sia molto più letale e pericolosa, in quanto il tempo per poter valutare tutte le cose necessarie è stato pienamente sfruttato.

Ma molto spesso, lo stesso narcisismo impedisce di mettere in atto realmente il suicidio e il dirlo ha solo la funzione di minaccia per indurre alla sofferenza altrui (senso di colpa) oppure per poter essere messi meglio al centro del mondo!

Il primo esempio è di una donna che presentava caratteristiche suicide tipiche della personalità borderline: **ogni quattro o sei settimane provava a suicidarsi. Questi tentativi scaturivano dalle ragioni più stupide.**

- o Se il fidanzato non la andava a prendere all'ora giusta, tentava il suicidio; così come se la madre non le comprava i vestiti che lei voleva.
- o Inoltre, spaventava la famiglia con l'ipotesi del suicidio, arrivando al punto che la famiglia fosse davvero preoccupata. Era stata in cura da tre o quattro analisti prima di me. I miei colleghi avevano terminato di vederla in quanto aveva tendenze suicide incontrollabili.

Le davano medicine antidepressive - e qui ecco l'errore, in quanto non era una paziente depressa - e **lei conservava tutte le medicine fino a quando non aveva un quantitativo sufficiente per poter tentare il suicidio.**

Questa paziente, quando venne a trovarmi, incominciò il trattamento con un tentativo di suicidio.

- o **Infatti quando la vidi, le spiegai il trattamento e le dissi che io non vedevo la ragione di somministrarle le medicine dato che non era depressa, ma che aveva tendenze suicide caratteriologiche, in un disordine di personalità di tipo borderline.**
- o **Quindi le dissi che ero consapevole della sua situazione e delle ragioni che avevano portato alla rottura dei trattamenti precedenti.**
- o Le fu detto che se voleva essere aiutata, era molto importante che incominciasse a realizzare che le sedute sarebbero state limitate a due sedute da

quarantacinque minuti per settimana e che il terapeuta non sarebbe stato disponibile per lei all'infuori del tempo delle sedute.

- Quindi le fu detto che esistevano due possibilità.
 - La prima era che si fosse fatta ricoverare per tutta la durata del trattamento, ma il ricovero per tre anni può essere più dannoso che di aiuto.
 - La seconda possibilità era che lei svolgesse la sua vita normale all'infuori delle sedute e che a lungo termine una psicoterapia l'avrebbe aiutata a superare le sue difficoltà. In ogni caso lei avrebbe dovuto essere sufficientemente responsabile e per rendersi conto, ogni volta che l'idea del suicidio le fosse passata per la testa, se fosse stata capace di superare la crisi per poi discuterne con me nella seduta successiva - il che sarebbe stato l'ideale - o se non fosse stata capace, e allora sarebbe dovuta andare immediatamente in un ospedale psichiatrico o in un pronto soccorso.
- Quindi le fu detto che lei stessa doveva essere responsabile di andare in ospedale ogni qualvolta non fosse stata in grado di controllare le sue tendenze suicide.

Sarebbe dovuta essere lei ad accollarsi la responsabilità per sé stessa: la paziente si infuriò e disse che il terapeuta era il suo psichiatra, e che doveva decidere lui se ricoverarla, che avrebbe dovuto vederla ogni qualvolta che lei stesse male, ecc.

- In quattro o cinque sedute le fu spiegato che un comportamento come quello che lei richiedeva avrebbe interferito molto in un trattamento psicoterapeutico. Finalmente accettò le condizioni.
- Non appena incominciò le sedute, passò dalla rabbia al silenzio per circa 10 sedute, come per sfida, come se mi stesse sfidando a farla parlare. Il suo silenzio andava spiegato come un comportamento aggressivo nei confronti del terapeuta, come un equivalente del comportamento suicida.

Ora, il comportamento aggressivo quindi non era più rivolto verso il suo corpo, ma verso il terapeuta e verso quello che egli rappresentava.

Quindi si può intendere questo comportamento ancora come suicida nel senso che intendeva farsi male non dando possibilità al trattamento terapeutico di aiutarla ad uscire dalla sua situazione.

Quello che ho appena illustrato è un principio fondamentale del trattamento psicoterapeutico. Ogni volta che si impongono delle limitazioni, si deve immediatamente affrontare l'analisi del transfert, le esperienze del paziente ai limiti delle sedute e tutte le sue limitazioni alla luce delle difficoltà del paziente.

Per esempio nel paziente di cui ho appena parlato, oltre alle caratteristiche suicide, c'era una identificazione inconscia di una madre davvero sadica.

Così, mano a mano che questa situazione andava chiarificandosi,

il terapeuta si rese conto che i suoi silenzi durante le sedute erano inconsciamente una proiezione dove il terapeuta era la paziente e questa era la madre!

La sua rabbia era giustificata dal fatto che il terapeuta le imponeva brutalmente delle cose nella sua vita, esattamente come la sua mamma aveva fatto con lei.

Un secondo esempio significativo è costituito da una paziente che si produceva dei grossi tagli nella vagina introducendosi dei grossi coltelli che producevano tremende infezioni.

Questo è un tipico **comportamento para suicida**.

- **In questo caso il contratto includeva la clausola che ogni volta che la paziente si fosse tagliata, sarebbe dovuta andare a vedere un ginecologo che l'avesse curata e che desse la sua approvazione alla continuazione del trattamento come paziente non ricoverata.**
- La paziente incominciò ad essere molto arrabbiata pensando che dovesse essere esaminata da un ginecologo in una maniera molto umiliante. Quindi ancora una volta la struttura fu analizzata in termini del significato del comportamento

Per fare il discorso breve, **il contratto comprende non solo la paura della fine del trattamento, ma ci sono dei livelli variabili di aspettative che il paziente assuma**

responsabilità sufficiente della vita quotidiana affinché sia assicurata la continuità del trattamento senza tendenze distruttive. Ci sono varie situazioni.

Per esempio, pazienti che hanno una vita sessuale promiscua e hanno rapporti non protetti.

A me personalmente non interessa la promiscuità sessuale dei pazienti, ma non accetto che il paziente si esponga a dei rischi.

Bisogna quindi stabilire delle condizioni con il paziente per capire dove e quando si può rimorchiare dei partners.

Così si evitano tutti i tipi di rischi, dalle malattie alla possibilità di essere picchiato e ucciso.

Esistono situazioni in cui il paziente può avere un atteggiamento criminale e può essere richiesto che questo comportamento sia interrotto.

Per esempio un nostro paziente era un pedofilo e omosessuale. inoltre era HIV positivo. In questo caso mi sono consultato con un avvocato per non incorrere in responsabilità legali prima di decidere il contratto da seguire.

Infine esistono molti pazienti borderline che non richiedono alcuna condizione per il trattamento: non sempre esistono condizioni che possono rivelarsi distruttive per la terapia e per la vita del paziente.

Questa è una delle principali ragioni per cui io parlo di terapia psico-pastorale fatta a Credenti (o fortemente simpatizzanti)!

Ad esempio, un paziente obeso non ha grossi problemi immediati dovuti al disturbo.

Questo mi porta a parlare di un altro principio che è la differenziazione degli obiettivi per la terapia e per la vita. Il paziente che arriva con gli obiettivi che si è proposto per la vita può anche aspettarsi che questi siano gli obbiettivi che si propone di raggiungere con la terapia.

Bisogna subito chiarire che questi possono essere diversi.

Ad esempio, una paziente che mi venne a vedere e pesava 170 chili.

Venne in terapia per curare appunto questa sua obesità.

Durante il consulto chiesi alla paziente se era consapevole del fatto che il trattamento psicologico probabilmente le avrebbe dato forza per superare i grossi ostacoli che si sarebbero presentati per seguire una dieta molto stretta, ma che niente le avrebbe evitato una probabile dieta per il resto della sua vita, con dei grossi sforzi da parte sua. Quindi lo scopo della terapia era quello di darle la forza psicologica per poter affrontare una dieta.

La paziente si arrabiò con me dicendomi che se l'unica cosa di cui aveva bisogno era una dieta, non avrebbe dovuto aver bisogno di aiuto psicologico.

Le spiegai che era libera di fare solo una dieta, ma che se nei suoi 40 anni di vita non lo aveva ancora fatto, significava che da sola non era in grado di farlo.

In ogni caso, anche con aiuto psicologico, lo sforzo per sottomettersi ad una dieta, avrebbe dovuto farlo lei.

Solo l'aiuto psicologico non le avrebbe sicuramente fatto perdere peso.

Quindi la paziente decise di non incominciare la terapia: meglio così!

Un altro caso è quello di una paziente che si consultò con uno dei migliori psicoanalisti degli Stati Uniti in quanto, insoddisfatta del suo matrimonio, voleva sposare un altro uomo.

Non era completamente sicura di questa cosa, ma pensava che entrando in terapia avrebbe potuto capire che cosa era quello che effettivamente desiderava.

Lo psicoanalista la prese in terapia senza vedere che cosa si era proposta la paziente per la sua vita, quindi dopo pochi mesi, la paziente divorziò e disse al terapeuta di avere incontrato l'uomo ideale della sua vita (così come lo vedeva lei!).

Indovinate chi era quell'uomo!?! Lei pensava che lo psicoanalista era l'uomo giusto e per 2 o 3 anni lui tentò di spiegarle che non era l'uomo giusto fino a che dopo un paio di anni, la paziente smise la terapia molto arrabbiata.

Un altro esempio è quello di pazienti che vengono in terapia in quanto vogliono sposarsi. Io spiego subito che se non si sono ancora sposati può significare che esistono dei conflitti inconsci, che possono essere superati con una terapia, ma che comunque la terapia non li

aiuterà mai a trovare marito/moglie. Quindi differenziare gli obiettivi della terapia da quelli della vita è molto importante e rientra nel contratto.

Può anche succedere che il contratto implichi dei rischi per il paziente e per la sua famiglia. Quando questo succede, chiamo tutta la famiglia nel mio studio e discuto con loro le mie idee e parliamo dei rischi eventuali. Per esempio, un paziente diabetico che si rifiuta di prendere l'insulina. Prima di entrare in terapia, la famiglia del paziente si vedeva costretta a chiamare l'uomo ogni 8 ore per vedere se era in coma o se aveva preso l'insulina. Parlando con il paziente, arrivammo alla conclusione che per portare a termine la terapia bisognava trovare il modo per cui si responsabilizzasse e prendesse l'insulina ogni qualvolta ne avesse bisogno. Questo comportava il rischio di morte. Infatti, in caso di mancata somministrazione di insulina, si sarebbero potute avere conseguenze molto gravi.

Parlandone con la famiglia arrivammo alla conclusione che era la cosa migliore da fare e, già dopo poche sedute il paziente prendeva regolarmente la dose di insulina da solo.

Senza un buon contratto, le statistiche dicono che circa un buon 50 % dei pazienti borderline lasciano la terapia anzitempo. I pazienti spesso non sono d'accordo con il contratto, ma la prima cosa da dire è che se non sono d'accordo possono evitare la terapia, oppure discuterne con me e che io sono disposto anche a dedicare 8 - 10 sedute al contratto. Vale la pena farlo.

Non si firma nessun tipo di contratto, ma si vogliono solo mettere delle regole affinché si possano raggiungere gli obiettivi che ci si prefigge per una data terapia.

Il prossimo tema che tratterò sarà la priorità di intervento.

Che cos'è la pilot's list? La pilot's list è una lista di emergenze che richiedono un intervento immediato che hanno la priorità su qualsiasi altra situazione.

- 1) **La prima priorità è il pericolo per la vita del paziente o di altri. Questo vale sia per quanto riguarda caratteristiche suicide che per caratteristiche omicide. Esistono pazienti che parlano di suicidio senza effettivamente avere volontà di compiere l'atto. Non mi riferisco a questi pazienti, ma quelli per cui si ritiene che il pericolo esista.**
- 2) La seconda priorità è la paura di interruzione della terapia. Ad esempio dei pazienti che danno motivi per pensare che non seguiranno più le regole del contratto. Pazienti con comportamenti antisociali, pazienti che estremamente paranoici e che potrebbero interrompere la terapia. Qualsiasi volta ci si rende conto di questa paura, sia che il paziente ne parli sia che non ne parli, il problema va immediatamente trattato e interpretato in termini di transfert. A volte mi è capitato di dire al paziente che ho sognato che il paziente si alzasse nel mezzo di una seduta e che se ne andasse definitivamente. Aggiungo inoltre che non so se è un mio problema, o un suo problema e che comunque mi sembra giusto dividerlo con lui. Aggiungo che mi piacerebbe sapere che cosa ne pensa lui. In altri casi, il paziente mi comunica che non pensa di continuare a venire in quanto non si rende conto di alcun beneficio. In questi casi bisogna analizzare, il più profondamente possibile, le implicazioni di transfert di tale comportamento. La difficoltà principale è il problema del contro transfert. Probabilmente il paziente provoca il terapeuta dicendo che non sa se continuerà a venire. Tutto questo per sentirsi dire che ha bisogno di venire da voi quasi che voi necessitate il paziente più di quanto lui ha bisogno di voi. Il modo di trattare questa situazione è quello di elaborare internamente il vostro bisogno del paziente. Una volta che si riesce a controllare le proprie emozioni, abituandosi all'idea che un paziente abbandoni il terapeuta, si sarà in grado di analizzare le motivazioni del paziente, in una posizione di neutralità tecnica.
- 3) **La terza priorità è la delusione.** Qui si entra nel campo delle resistenze psicopatiche: pazienti che nascondono la verità in maniera cronica, che raccontano bugie e che cercano di ingannare costantemente. Bisogna differenziare i pazienti che nascondono un aspetto specifico della loro vita, (spesso si tratta di qualcosa di non fondamentale nel contesto generale della vita del paziente, ma che lo potrà diventare ad un certo punto della terapia), dai pazienti che costantemente si rifiutano di dare indicazioni sulla loro vita per quanto riguarda aspetti davvero fondamentali per avere una visione generale del paziente che si ha davanti. Se si ha questa idea di un paziente, bisogna trattare il problema subito e sistematicamente come un transfert importante. Bisogna comunicare al paziente che si crede

che stia nascondendo informazioni essenziali per poter svolgere il lavoro come si era d'accordo prima di incominciare la terapia.

Il paziente si risente del fatto che si pensi che sia un bugiardo. Paradossalmente questo è più difficile da scoprire nei pazienti che sono più disturbati.

Questi transfert psicopatici nascondono manifestazioni gravemente paranoiche. Non appena si incomincia ad analizzare il perché il paziente non può essere onesto, si deve farlo molto in profondità. La soluzione dei transfert psicopatici trasforma la situazione da psicopatica a paranoica. Può sembrare drammatico, ma è molto più facile da risolvere.

Per esemplificare vi parlerò di un giovane di 17 anni, che fu spinto dal padre a venire in terapia in quanto era uno spacciatore e aveva contatti criminali.

Aveva una sindrome di narcisismo maligno e un io disonesto, paranoico. Se io ero in ritardo di tre minuti, mi faceva una scenata dicendomi che non dovevo permettermi di arrivare in ritardo. Nelle sedute si sedeva con i piedi sulla scrivania e mi diceva cose senza senso. Aveva un rapporto costante con la polizia. Mi diceva che veniva a vedermi solo perché il padre gli disse che se non fosse venuto non avrebbe avuto la macchina nuova che tanto voleva.

Gli dissi che era molto disonesto con me in quanto non mi raccontava niente della sua vita. Mi rispose che doveva essere stupido per raccontarmi qualcosa della sua vita in quanto io rappresentavo per lui la spia di suo padre.

Equivalenza a parlare con la polizia dei suoi traffici per far sì che lo rinchiudessero. Gli sottolineai la sua onestà nel dirmi che era disonesto. La mia curiosità era sapere il perché io avrei dovuto accettare di vederlo a quelle condizioni. Mi disse che io ero pagato da suo padre e che quindi ero fortunato a guadagnare un sacco di soldi senza lavorare. Il paziente trovò questo fatto molto divertente e seguì la stessa linea per parecchie settimane. Ad un certo punto chiesi al paziente se pensava che esistesse qualcuno con cui non fosse disonesto.

Il paziente rispose che solo con la sua ragazza non era disonesto. Arrivò ad una crisi profonda quando il suo migliore amico andò a letto con la sua ragazza: erano sessualmente liberi, ma lui si arrabbiò molto in quanto si rese conto che la sua ragazza non era onesta e che quindi tutta la gente che lo circondava era molto disonesta.

Si arrabbiò molto con me in quanto pensava che io lo stessi prendendo in giro. Gli risposi che lui si prendeva gioco di tutti quelli che si comportavano da persone oneste.

A quel punto incominciò a venire alle sedute sotto l'effetto delle droghe e guidando.

In quelle sedute, pensavo che ci fosse un pericolo di vita per lui o per qualcun altro durante il viaggio di ritorno a casa e quindi gli dissi che per tornare a casa avrebbe preso un taxi e avrebbe lasciato le chiavi della macchina sulla mia scrivania: se non l'avesse fatto, avrei fatto in modo che gli ritirassero la patente e il paziente prese il taxi.

Piano piano il paziente si rivelò onesto nei miei confronti. In nessun momento ho cercato di sedurlo a credermi, a esprimere simpatia per il suo tipo di vita, non ero assolutamente moralistico, e cercavo di analizzare costantemente tutti gli aspetti della sua disonestà fino a che non ebbe una regressione paranoica infantile.

Spesso il paziente pensa che io sia disonesto, e bisogna analizzare questa cosa. Spesso pensano che la psicoanalisi sia solo un'operazione finanziaria.

Abbiamo parlato dell'analisi sistematica delle resistenze psicopatiche che trasformano la terapia in quanto i transfert psicopatici si trasformano in transfert paranoici.

Per evitare malintesi, ci possono essere pazienti che nascondono qualcosa per un periodo abbastanza lungo di tempo.

Questo può essere un segreto specifico e quindi nascondere questa cosa ha un significato specifico.

Questo non significa che ci sia un transfert psicopatico dominante. Bisogna saperlo differenziare.

In molti pazienti emergono severi transfert paranoici e bisogna saperli analizzare.

Un problema è che questi pazienti possono regredire ad un stadio di psicosi di transfert e discuteremo come trattare questi casi.

Un problema dell'acting out è che può compromettere la struttura della relazione psicoterapeutica. La prima cosa da farsi è quella di riprendere il controllo della situazione.

Per esempio un paziente che urla. Bisogna dirgli che può urlare fino a quando non disturba la gente che è fuori dallo studio e che questa gente molto probabilmente non ha nessuna voglia di sentirlo urlare.

Mi è capitato di dire ad un paziente che se non avesse smesso di urlare in maniera da disturbare gli altri, avrei dovuto interrompere la seduta.

Molto spesso la minaccia di interrompere la seduta (e non il trattamento) basta a limitare questi acting out.

Un altro principio è quello di interpretare l'acting out nel modo più profondo possibile. Questo non sempre è facile, in quanto bisogna trovare la giusta misura per non essere né troppo superficiali, né andare troppo a fondo. Infatti se si va troppo in profondità, molto probabilmente il paziente rifiuterà l'analisi. Se si interpreta l'acting out in modo troppo superficiale, non si imparerà niente in quanto si diranno cose ovvie. E' meglio andare in profondità che rimanere troppo in superficie. Come si distingue il livello di profondità giusto? Solo con l'esperienza. La prima volta si andrà troppo in profondità e ce se ne accorgerà, in quanto incontrerete forti resistenze da parte del paziente, così da poter fare tesoro dell'esperienza per la volta successiva che si presenterà la medesima situazione.

In condizioni di un grave acting out, tutti i problemi sono molto gravi e esiste il vantaggio di analizzarli il più profondamente possibile in queste condizioni.

Esiste il bisogno di interpretare le resistenze narcisistiche espresse nei transfert narcisistici. Circa un terzo dei pazienti presenta queste caratteristiche. La resistenza è una manifestazione clinica di una operazione di difesa.

Bisogna essere consapevoli di queste resistenze ed essere disposti ad interpretarle.

Riassumendo, il problema principale è l'attivazione patologica dell'io grandioso nel transfert.

Dimostra l'incapacità del paziente di dipendere completamente dall'analista: dimostra che il paziente sta portando avanti una auto analisi, durante le sedute parla da solo e analizza i suoi comportamenti.

Oppure il paziente parla solo con il terapeuta e quindi lo indirizza in una certa direzione.

In breve, il paziente pensa che nella stanza ci sia solo il terapeuta e quindi in qualche modo lo idealizza, oppure, nell'inconscio del paziente nella stanza esiste solo lui e quindi il terapeuta non esiste e di conseguenza non può no essere d'accordo con lui.

C'è il paziente che aspetta un'interpretazione del terapeuta per combattere la sua invidia inconscia nei suoi confronti: **questa invidia deriva dal fatto che il paziente non riesce a dipendere dal terapeuta.**

Questo perché per dipendere da una persona bisogna saperla apprezzare. Questo genera invidia e quindi siamo daccapo. Il paziente non può dipendere dal terapeuta.

Il paziente cerca di estrapolare il sapere dalle vostre interpretazioni senza però dover dimostrare gratitudine.

Il paziente disprezza quello che ha.

Spesso i pazienti pensano che la terapia non ha senso.

La situazione normale in cui si espone una interpretazione e il paziente la recepisce, è come piantare un seme che poi crescerà. In questo caso è come seminare nel deserto. Si sa già che non crescerà assolutamente nulla. Questi pazienti hanno il problema che trasformano il terapeuta n una cosa grandiosa e che quindi loro si trasformano nell'ombra di questo personaggio meraviglioso. Anche qui è una situazione che si può facilmente aggirare. Infatti si può far credere che il paziente è la persona grandiosa, meravigliosa e che il terapeuta è onorato di poter trattare una persona del suo livello. La relazione oggettuale dominante è tra l'io grandioso e patologico ed un grande ammiratore.

Il problema che ha il paziente se svalorza il terapeuta è che lo svuota, pensa di non recepire nulla. Questo meccanismo è la svalutazione primitiva e un altro meccanismo importante è quello del controllo onnipotente. Si deve essere bravi come il paziente, non di più (che porterebbe invidia da parte del paziente), non di meno (che porterebbe ad una valutazione dal terapeuta da parte del paziente).

Questi pazienti spesso sono convinti che il terapeuta non provi alcun sentimento nei loro confronti. Pensano spesso che li ha accettati in terapia per i soldi, per il prestigio, per curiosità, ecc.

Gradualmente, questa condizione patologica acquisisce caratteristiche specifiche che riflettono l'io ideale e l'oggetto ideale che compone l'io grandioso patologico.

Per esempio, un paziente che aveva caratteristiche prettamente narcisistiche, che spesso denigrava gli altri, durante la terapia, decise di mettere in giro pettegolezzi sul conto del suo terapeuta...

Arrivò il momento in cui gli arrivarono all'orecchio i pettegolezzi che lui stesso aveva messo in giro. In una seduta gli rivelò che era stato lui!

Il terapeuta si arrabbiò molto, ma resistette alla tentazione di interrompere il trattamento. Incominciarono a esaminare il perché del suo comportamento che si rivelò essere una identificazione inconscia della superiorità della sua mamma nel paesino dove era nato lui. Questa mamma proveniva da un ceto basso e aveva sposato l'uomo più ricco del paese.

Aveva sempre paura che il suo stato sociale non fosse legittimo e aveva sempre intorno gente che le manteneva alta la nomea nei salotti della città.

Il paziente (uno psichiatra!) si identificò con la sua mamma e quindi voleva mantenere la sua superiorità all'interno dell'ospedale: fu un'attivazione dell'identificazione del suo io grandioso e che quindi avrebbe potuto incominciare ad analizzare.

Questa è la tecnica generale: l'analisi di tutte le caratteristiche dell'intolleranza.

Come risultato graduale è un transfert tipico delle condizioni borderline, l'analisi dell'io grandioso patologico sottolinea la diffusione dell'identità e allo stesso tempo il paziente può sperimentare reazioni di gelosia intense, ma aumenta anche la sua tolleranza verso di esse. Piano piano il paziente impara a non distruggere quello che gli altri possono dare per proteggersi dall'invidia.

Una manifestazione tipica di invidia inconscia è lo sviluppo di reazioni negative verso l'effetto della terapia: questo può consistere nel fatto che molti pazienti narcisistici si lamentano continuamente del fatto che nonostante la terapia nulla cambia nella loro vita. Ad un certo punto, finalmente, siete in grado di dare una interpretazione che provoca una reazione che sembra che qualche cosa si stia muovendo: il paziente nella seduta successiva incomincia a lamentarsi della terapia e che niente cambia. Così, anche se si pensa che effettivamente qualche cosa è cambiata, il paziente non si rende conto e si pone in un atteggiamento completamente negativo verso il trattamento e che il paziente sta regredendo. Se si analizzano le ragioni di questo peggioramento, si troverà che il paziente sta sperimentando il fatto che il terapeuta veramente può essere in grado di aiutarlo. Una volta che il terapeuta se ne rende conto vedrete che è molto drammatico.

Esistono tre tipi di reazioni negative verso la terapia.

- **La prima è che non significa che il paziente abbia un transfert negativo, ma che peggiora in quanto si rende conto che il terapeuta lo stia aiutando. Freud descrive questa situazione per pazienti che hanno un senso di colpa inconscio. Oggi diremmo che il paziente ha una struttura di personalità depressiva e masochistica. Il paziente peggiora perché non ha il diritto di essere aiutato, in risposta a sensi di colpa inconsci.**
- **Il secondo tipo di reazioni è più frequente e deriva da una invidia inconscia verso il terapeuta.**
- **Il terzo tipo deriva da una identificazione profonda con un oggetto che da amore solo sotto condizione di essere distruttivo. In questo modo si tenta di fare in modo che il terapeuta attacchi il paziente e questo sembra essere l'unico modo per poter attirare la sua attenzione sul caso del paziente che può diventare davvero provocativo. Questo fatto è difficile da trattare, ma fortunatamente è raro da incontrare.**

Abbiamo parlato di tutte le priorità e vorrei parlare adesso di gruppi di pazienti specifici.

- **Il primo gruppo che tratteremo è quello costituito da pazienti che sono stati oggetto di abuso fisico, psichico o sessuale.**

L'abuso è un grosso fattore etimologico per gravi disordini di personalità, questo è empiricamente dimostrato.

E' importante però non esagerare, perché l'80 % delle persone che sono state oggetto di abusi fisici non hanno conseguenze di alcun tipo.

E' facile attribuire la patologia all'abuso sessuale, ma spesso è errato.

Da ricerche concrete di Joel Paris di Toronto è dimostrato che effettivamente c'è una alta frequenza di vittime di abusi nei pazienti borderline, così come il dato illustrato in precedenza. Inoltre, vi è una alta frequenza di reazioni dissocianti nelle vittime di abusi.

Questi comunque sono fatti indipendenti, anche se è difficile da spiegare.

In altre parole, la dissociazione non può essere ricondotta ad un abuso sessuale. In letteratura ci sono molti studi sul tema, ma questa che ho appena menzionato è quella che io ritengo la più credibile e più accurata.

Per quanto riguarda la mia esperienza clinica, l'abuso sessuale è più grave se è stato compiuto in tenera età.

Esiste un numero di fattori che vanno tenuti in considerazione. In primo luogo i fattori clinici, l'età della persona quando è stata abusata.

- Se questo avviene prima dei dieci anni l'invasione fisica porta ad una distorsione accentuata della realtà, di un Super-lo inconscio, nel contesto di una patologia familiare, si può riscontrare nel paziente, tra i disturbi di personalità anche una certa promiscuità sessuale, e/o inibizione sessuale. Da un punto di vista tecnico è molto importante l'analisi della relazione oggettuale con l'abusante che si attiva nel transfert anche come inversione di ruoli. Vale a dire che il paziente torna ad essere la vittima anche nei ruoli della terapia, mentre il terapeuta diventa il perpetratore. Oppure si ha una inversione di ruoli. Il mio consiglio è quello di analizzare in profondità l'identificazione inconscia del paziente con entrambi i ruoli. Spesso vi è un errore da parte di quegli specialisti che considerano il paziente solo come vittima. Questo può portare a dei buoni risultati, ma solo in determinati campi e non in un panorama a 360 gradi. Il paziente rimarrà sempre con qualche problema che non si è stati in grado di risolvere la causa di questa mala interpretazione dei ruoli.

Esistono casi in cui fenomeni dissociativi si esprimono in questo senso. Ci sono casi di personalità multipla così come esistono casi indotti, dove l'operazione di divisione è forzata da un comportamento errato del terapeuta. Recentemente vi sono stati molti casi di personalità multiple negli Stati Uniti e questo è dovuto al fatto che si sono presentati molti terapeuti non adeguatamente formati.

La tecnica si basa sulla negazione dell'interesse del paziente per questa molteplicità della sua personalità. Esistono due tipi di personalità multiple. Il primo è abbastanza raro ed ha basi isteriche. In questi casi il paziente conosce solo una personalità e solo in certe condizioni rivela l'altro lato della medaglia.

La maggior parte di pazienti ha una personalità borderline ed è cosciente del fatto che presenta più di una personalità.

La cosa importante è quella di incominciare ad analizzare l'interesse che il paziente ha verso la dissociazione.

Questa operazione solitamente porta in superficie un transfert paranoico verso il terapeuta che disturba l'equilibrio naturale e che spiana la strada alla possibilità di analizzare l'intera patologia e le dissociazioni difensive degli aspetti naturali del conflitto nella forma di personalità diverse.

Una altra sindrome che vorrei citare a questo punto sono i gravi disturbi alimentari.

Particolarmente l'anoressia nervosa (anche la bulimia come compensazione!).

Nella psicoterapia, l'interesse del paziente verso il grasso, è analizzato da un punto di vista psicologico.

Spesso si ritrova che tali pazienti dimostrino una identificazione con una figura materna sadica che sta cercando di controllare il paziente: è stato uno dei miei casi nel 2016, dopo il trasloco da Lecco) ...

Quindi il paziente si deve difendere da questa figura che cerca di controllarlo e quindi il rifiuto verso il cibo.

Esiste anche la fantasia che avendo tutto questo controllo verso il proprio corpo si scappa dal controllo materno e, in casi molto gravi, esiste un rigetto verso l'evoluzione fisica che riporta ad un peso normale.

Possono quindi esserci molteplici conflitti che emergono nella psicoterapia che bisogna saper analizzare gradualmente nel transfert.

L'aspetto più importante sono

- le condizioni imposte riguardo abitudini alimentari,
- esclusione dell'argomento dieta durante la terapia e
- l'analisi delle implicazioni psicologiche attraverso il transfert.

Il paziente, immediatamente rifiuterà queste condizioni in quanto identificherà il terapeuta come una madre sadica, quindi il paziente dopo aver ascoltato le vostre condizioni si arrabbierà molto. Penserà che abbiate un comportamento sadico e che vogliate controllarla.

Questo va analizzato e va spiegato al paziente che il vostro comportamento si basa solo sul fatto che state cercando di salvargli la vita e che se continua a comportarsi come ha fatto fino a prima di entrare nel vostro studio, la sua vita è in grave pericolo. Purtroppo, nei casi più severi, non potrete evitare che all'inizio il paziente vi veda come un suo nemico e che vi vedrà appunto come una figura sadica il cui unico interesse è quello di controllare la sua vita.

Nella maggior parte dei casi di gravi anoressie nervose, la relazione dominante è quella madre-figlia, ma ad uno stadio più avanzato del trattamento, la relazione con il padre diventa molto più importante e questo sia in un senso positivo che negativo.

Esistono pazienti con aggressività primitiva molto intensa che porta ad una distruzione del trattamento.

Questi esempi di anoressia nervosa sono molto esemplificativi, ma esistono anche altre sindromi di gravi relazioni aggressive.

Una di queste è l'arroganza descritta da Biorn, pazienti molto arroganti con una curiosità profonda verso la terapia e non verso loro stessi.

Queste sono caratteristiche che portano a distruggere qualsiasi forma di comunicazione e mantengono un controllo onnipotente verso il terapeuta, nel senso che lo spiano di continuo. In questi casi bisogna analizzare l'azione del paziente per evitare la comunicazione. Bisogna interpretare attivamente l'acting out di questa sindrome.

Il controllo della struttura e l'interpretazione della conoscenza del paziente della aggressività intensa e delle ragioni che emergono dal passato. Il paziente deve accettare la condensazione tra l'aggressività ed il piacere, principalmente nel sadismo coinvolto in tutto questo. Quando il paziente si rende conto di questo, si sarà fatto un enorme passo avanti. Spesso un grave errore è quello di interpretare l'aggressività come una cosa terribile che succede al paziente, senza considerare il piacere che questa può portare.

Il paziente spesso trae piacere dal pensare a tutte le cose terribili che può fare e parlarne in seduta, piuttosto che agirle, è un enorme avanzamento nella terapia. Il segreto è la trasformazione interpretativa della sindrome nell'esperienza piacevole di una intensa emozione cosciente.

Una altra forma in cui questa sindrome si può manifestare è lo sviluppo di perversione nel transfert, che consiste nel tentativo di estrarre il meglio dall'analista per poi poterlo distruggere.

Il paziente, cerca di ottenere informazioni per poi usarle contro il terapeuta.

In particolare i casi maligni arrivano a citare in tribunale l'analista e vanno da un altro specialista con cui hanno una relazione ideale fino a che non vincono la causa contro il primo terapeuta.

A questo punto incomincia ancora tutta la storia e citano questo secondo specialista, passando ad un terzo, e così via.

La soluzione in questi casi è di non prendere in terapia un paziente fino a che non abbia risolto le questioni legali con il primo specialista.

Esistono anche casi in cui i pazienti presentano gravi transfert di tipo sadomasochistico che consistono nell'oscillazione dell'umore del paziente tra tre posizioni.

- La prima è quella in cui il paziente pensa che il terapeuta lo stia attaccando brutalmente, è completamente paranoico.
- Il secondo è che il paziente attacca con la stessa brutalità e

- il terzo è che il paziente riconosce i primi due e si auto attacca con la stessa veemenza, arrivando anche a tentativi suicidi. Questa oscillazione è molto rapida.

Bisogna sottolineare questa relazione e indirizzare i tre transfert in uno solo che può permettere di uscire da questo circolo vizioso.

Esistono pazienti ipocondriaci che possono derivare o da reazioni ansiose o da una condizione di un interesse smodato verso il corpo, paure di malattie immaginarie, e da un non interesse verso la relazione oggettuale per poter dedicarsi completamente alla cura del corpo. Le trasformazioni di questi aspetti ipocondriaci nella relazione oggettuale è molto difficile. Se si riesce a fare un passo in questa direzione si avrà qualche possibilità di miglioramento, ma se si vede che la strada è sbarrata, la prognosi è pessima. La trasformazione della battaglia con elementi interni al corpo in una battaglia con nemici nella relazione terapeutica è la chiave di volta per trattare questi casi.

Transfert

Il transfert (o traslazione) è un meccanismo mentale per il quale l'individuo tende a spostare schemi di sentimenti e pensieri da una relazione significativa passata a una persona coinvolta in una relazione interpersonale attuale.

Il processo è largamente inconscio, il soggetto non comprende completamente da dove si originino tali emozioni, sentimenti e pensieri.

Il transfert è fortemente connesso alle relazioni oggettuali della nostra infanzia e le ricalca pur con forme diverse.

Ad esempio, quel marito che sposa una donna “vessata” da padre mentre era piccola... pagherà per tutta la vita le colpe del suocero: ma la moglie non se ne accorgerà e non comprenderà mai... a meno che non vada in analisi!

Lei continuerà a dire “no” al marito per qualsiasi cosa salvo, poi, ammettere che quanto detto dal marito era vero: ma sarà “più forte di lei” il dirgli ancora “no” ... e continuerà a trattarlo con “presunzione di colpa” fino a prova chiara della sua innocenza, anche di fronte a cose e situazioni molto chiare!

Il transfert è presente in ogni tipo di relazione interpersonale, ma la cornice di un trattamento analitico è la sede elitaria per il dispiegarsi del suddetto.

In psicoanalisi, benché ogni scuola o orientamento della medesima abbia un suo punto di vista più o meno simile nella teoria e nella conseguente pratica della gestione del transfert, si può dire in generale che tale meccanismo naturale viene utilizzato, o comunque dovrebbe essere utilizzato, da colui che è posto nella relazione/ruolo dell'analista o psicoterapeuta, a fini terapeutici ovvero per portare avanti e infine a compimento il processo psicoanalitico.

- Il transfert è praticamente una normale proiezione che può essere positiva (transfert positivo), con connotazioni di stima, affetto, amore per il partner della relazione, oppure
- avere una valenza negativa (transfert negativo) quando le emozioni che vengono messe in gioco dal transfert sono per lo più di competitività, invidia, gelosia, aggressività o anche con connotati ambivalenti.

Nell'ambito del colloquio clinico, nella relazione tra analizzato e analista per lo più nel linguaggio che descrive questo tipo di relazione, viene comunemente usato il termine di transfert al posto di quello di proiezione.

La relazione tra analista e analizzato è infatti paragonabile a una qualsiasi storia d'amore “virtuale”, dove forze di attrazione e anche forze di repulsione hanno modo di dispiegarsi. Sta alla capacità dell'analista e alla buona volontà dell'analizzato saperle gestire nel migliore dei modi.

In questo gioco di forze emotive e affettive anche l'analista è pienamente coinvolto: infatti, si parla di

controtransfert per intendere la reazione immediata emotiva e affettiva al transfert del paziente da parte di chi dovrebbe sostenere la funzione analitica, ed è qui che l'analista può mettere in atto le sue capacità che consistono –fondamentalmente- nel riuscire a prendere distanza dal suo stesso immediato ascolto del transfert (del paziente).

Questa capacità non è richiesta al paziente proprio per il suo essere nel ruolo di paziente, ma la sua emancipazione da questo ruolo avviene proprio nella misura in cui anch'egli apprende dall'esempio e quindi dalla conoscenza dell'analista a prendere distanza da questo suo immediato sentire che produce il transfert.

L'azione dell'analista in questo modo, oltre a testimoniare la potenza del metodo analitico e della funzione analitica, conduce a dissoluzione la dipendenza del paziente dall'analista come figura autoritaria (invece che autorevole) sia pure solo conoscitiva che era stata indotta da un transfert nirrisolto o non del tutto risolto nella vita quotidiana dove come si sa, la dipendenza per lo più viene valutata modalità normale del relazionarsi umano.

Secondo Sigmund Freud, il transfert è una forma di innamoramento che prescinde dall'aspetto, dall'età e dal sesso dello psicoanalista, e si manifesta anche quando questi si mantiene distaccato dal paziente e conserva un comportamento riservato.

«Quest'amore non si limita a obbedire, diventa esigente, domanda soddisfazione di tenerezza e sensualità, pretende l'esclusività, si fa geloso, mostra sempre più l'altro suo aspetto, e cioè una prontezza a convertirsi in ostilità e vendetta se non può raggiungere i propri scopi.

Contemporaneamente, come ogni altro amore, soverchia qualsiasi altro contenuto psichico, spegne l'interesse [del paziente] alla cura e alla guarigione>>, sostituendo alla nevrosi un'altra forma di malattia.

L'amore di traslazione è un'esperienza registrata fin dai primi casi di psicoanalisi, ed è la prova maggiore della teoria analitica, scientifica perché misurabile e riproducibile, quella che consente all'analista di toccare "con mano dal vivo" l'esistenza di un mondo inconscio dell'io, fatto di volontà opposte, di una pulsione sessuale e di una coscienza morale che la rimuove, un "Es" inconscio e un "Super-io" che sono più forti dell'io cosciente, e che questi non è in grado di controllare, finché non viene eliminata la nevrosi.

«Il Super-io è il residuo dei primi amori dell'Es, è l'erede del complesso edipico, tratta l'io come un oggetto e spesso assai duramente. [...] è molto importante per la salute psichica che il super-io si sia sviluppato normalmente, e cioè sia divenuto abbastanza impersonale>>. <<La nostra tesi, che alla base della nevrosi stia una parte di vita amorosa deviata in modo anormale, viene confermata in modo inequivocabile da questa esperienza. [...] La nevrosi è causata esclusivamente da fattori sessuali e/o sensuali-emozionali post traumatici»

Il transfert è la proiezione sulla persona dello psicoanalista di un complesso di Edipo che non è stato rimosso correttamente, di una sessualità infantile mal vissuta.

Ha i tratti tipici di questo amore infantile, che non ha riguardo all'età, al sesso, all'aspetto comportamento della persona, e che lo tende a censurare.

Via via che l'analista prosegue con l'associazione libera, quanto rimosso riemerge nella parte cosciente dell'io e si manifesta in forma sempre più simile a questo amore infantile, generalmente rivolto verso uno dei genitori, procedendo di pari passo in modo più violento l'azione di censura e il tentativo di tornare a dimenticare queste pulsioni.

«Il paziente riproduce, in forma intuibile, attuale, in luogo di ricordare. [...] il ricordare è un rivivere»

Lo psicoanalista non risolve la nevrosi e il transfert né cedendo parzialmente al transfert in cambio di un proseguimento del paziente nella cura, né tentando di reprimerlo o abbandonando la terapia.

«L'unica via d'uscita dalla situazione della traslazione (transfert) consiste nel riannodarla al passato dell'ammalato, così come egli lo ha effettivamente vissuto, oppure come lo ha costruito nella sua immaginazione agente al servizio dei suoi desideri»

La nevrosi e le fantasie del paziente spariscono quando ha rivissuto i propri istinti e riesce a ricordarli senza tentativi di rimozione, divenendone cosciente e padrone (*smette di esserne schiavo e li padroneggia!*), quando la terapia ha ricostruito un "Io" più forte dell'inconscio e della coscienza morale, che ha ritrovato la sua unità e normalità. Freud scrive a proposito che il ricordare è sempre un rivivere.

Carl Gustav Jung, psichiatra e pioniere della psicologia analitica, ha usato l'esempio dell'alchimia in merito al processo di trasformazione dei metalli, ipotizzando che costituisca inconsciamente anche una lucida illustrazione di quanto accade realmente nella pratica del trattamento del transfert ad opera dello psicoanalista, rivolto anch'egli ad un'opera di trasformazione - sia pure di natura esclusivamente psichica e non metallurgica.

Jung diede alle stampe nel 1946 "Psicologia del Transfert", che contiene le sue riflessioni su questo parallelismo, esaminando e commentando minuziosamente con questo criterio, quadro per quadro, le illustrazioni del "Rosarium Philosophorum" (antichissima opera alchemica).

Bibliografia

Sigmund Freud (1909), Osservazioni di un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'uomo dei topi), in Opere, Bollati Boringhieri, 1985, vol.6

Heinrich Racker Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert, Publisher: Armando Editore, ISBN 8871442709

Leon Grinberg: Psicoanalisi. Aspetti teorici e clinici (La Sfinge. Collana di psicoanalisi), 1983, Publisher: Loescher, ISBN 8820123746

Etchegoyen, Horacio I fondamenti della tecnica psicoanalitica, 1990, Astrolabio Ubaldini. ISBN 8834009908.

Montefoschi, S. (1977) L'uno e l'altro. Interdipendenza e intersoggettività nel rapporto psicoanalitico, Milano, Feltrinelli

Nicolò, A. M. (2007) Attualità del transfert, Milano, Franco Angeli, ISBN 9788846487438

Schwartz-Salant, N.; Stein, M. (2007) Transfert e controtransfert, Roma, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., ISBN 9788874871568

Lis A., Stella S.; Zavattini G.C. (1999), Manuale di psicologia dinamica. Ed. Il Mulino

Jung, C. G. (1985) Psicologia del transfert, Milano, Mondadori, ISBN 9788804258308

La fine del trattamento.

La cosa importante è che la tecnica generale per trattare con l'ansia della fine è di analizzare tutte le reazioni verso le interruzioni dall'inizio della terapia.

Queste interruzioni possono essere state per malattia, per fine settimana, per le vacanze, ecc. Se usate le reazioni del paziente verso queste pause per esaminare le separazioni farete un passo avanti per aiutare il paziente a combattere con la fine.

Ricordo anche che esistono vari livelli di patologia sulla reazione verso la separazione: il più grave è quello in cui il paziente diventa psicotico.

Questo non accade con pazienti borderline, bensì con pazienti con un background psicotico.

In condizioni borderline, quello che si ha con più frequenza è una forma di panico paranoico.

Il paziente si sente abbandonato, vuole una vostra foto, un indirizzo dove potervi rintracciare.

Bisogna interpretare ciò come una reazione inconscia verso il terapeuta perché lo sta abbandonando, non solo fisicamente ma anche in termini di tutto quello che gli ha dato durante la terapia.

L'analisi della distruzione immaginaria della reputazione del terapeuta serve a superare le reazioni paranoiche.

I livelli meno gravi sono costituiti da pazienti con personalità narcisistiche.

Questi non provano niente davanti all'interruzione, il terapeuta può andarsene un mese in vacanza e al suo rientro il paziente racconta quello che ha detto l'ultima volta che è venuto in seduta.

Qui l'assenza di reazioni è la negazione della dipendenza dal terapeuta.

Inoltre esistono reazioni molto depressive.

Il paziente si deprime dell'assenza del terapeuta, pensa che sia dovuto andare in vacanza perché lui l'ha stressato fuori misura.

Queste reazioni si possono analizzare in termini di un senso di colpa inconscio verso il terapeuta.

L'importanza di tutti questi livelli di reazioni facilita la fine, quando è già stata stabilita, per analizzare tutte le reazioni quando si presentano in pazienti borderline.

Così ha detto uno psicoanalista di fama:

“Quello che io faccio con i casi peggiori è quello di incominciare a trattare il tema della fine circa un anno prima.”

Quindi si avrà il tempo di analizzare tutte le reazioni paranoiche in seguito alla comunicazione e il terapeuta non deve mai dimenticarsi di ciò durante gli ultimi mesi di trattamento. In ogni caso si dovrebbe, in una terapia lunga, avvisare il paziente del termine della terapia con moltissimo tempo di anticipo per avere modo di analizzare tutte le reazioni. In tutte le sedute quando si manifestano reazioni paranoiche e depressive verso il termine della terapia, è preferibile analizzare in primis le reazioni paranoiche in quanto queste rafforzano quelle depressive.

Esiste un percorso durante la terapia che va dalla situazione psicopatica, a quella paranoica e solo in ultima istanza a quella depressiva. Questo perché se si analizzerà in prima istanza la reazione depressiva, quella paranoica può facilmente essere in successivamente sommersa.

Riferimenti bibliografici

Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (a cura di) (2001) A taxonomy for learning, teaching and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of educational objectives. Complete edition. Longman, N. York .

Ausubel D. P. (1978), Educazione e processi cognitivi, Milano, F. Angeli.

Atkinson W.W., Hilgard E.R, (2006) Introduzione alla psicologia, Piccin.

Cornoldi Cesare, (1995) Metacognizione e apprendimento, il Mulino.

De Beni R., Pazzaglia F., Molin A., Zamperlin C. (2003) Psicologia cognitiva dell'apprendimento, Erickson.

Galimberti U. (1999) Enciclopedia di Psicologia, Garzanti.

Hesse H. (1979) Il giuoco delle perle di vetro, Mondadori.

Mason L., (2006) Psicologia dell'apprendimento e dell'istruzione, Il Mulino.

Neisser U. (1967) Psicologia cognitiva, Il Mulino.

Pellerey M., (2006) Dirigere il proprio apprendimento, La Scuola.

Polàcek K. (2005) Questionario sui Processi di Apprendimento, Organizzazioni Speciali.

Rodari G. (1973) La Grammatica della Fantasia: introduzione all'arte di inventare storie, Einaudi.

Vignati R. (2005) A scuola dalle emozioni, PuntoEdu Riforma, Indire.

ANSIA E STATI ANSIOSI CHE SFOCIANO NELL'ANGOSCIA E NEL PANICO.

L'ansia è un'emozione caratterizzata da sensazioni di tensione, minaccia, preoccupazioni e modificazioni fisiche, come aumento della pressione sanguigna.

Le persone con Disturbi d'Ansia solitamente presentano pensieri ricorrenti e preoccupazioni. Inoltre, possono evitare alcune situazioni come tentativo di gestire (o non affrontare) le preoccupazioni. I sintomi fisici dell'ansia più frequenti sono sudorazione, tremolio, tachicardia e vertigini/capogiri.

La parola ansia, dal latino *angere* ossia “stringere”, comunica molto bene la sensazione di disagio vissuta da chi soffre di uno dei disturbi legati al suo spettro, ovvero l'idea di costrizione, di imbarazzo e di incertezza sul futuro.

L'ansia, infatti, è uno stato caratterizzato da sentimenti di paura e di preoccupazione non connessi, almeno apparentemente, ad alcuno stimolo specifico, diversamente dalla paura che presuppone un reale pericolo.

L'American Psychiatric Association (1994), la descrive come:

“L'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno” (APA, 1994; cit. in: Franceschina et al., 2004, p. 213).

Gli antichi greci la chiamavano melanconia e pensavano derivasse da un eccesso di bile nera presente nell'organismo.

Tale idea, sostenuta da Ippocrate e accettata da Aristotele, era curiosamente curata con il vino, rimedio naturali ai sintomi fisiologici manifestati.

Solo dal Medioevo in poi l'ansia fu concepita come malattia mentale e dello spirito, alla quale la religione –si diceva- può porre rimedio attraverso la redenzione dei peccati del paziente.

Solo dall'800 in poi l'ansia sarà progressivamente concepita come una malattia mentale da curare con i farmaci e tramite psicoterapia, da intendersi etimologicamente come "terapia dell'anima".

Differenza tra ansia e paura: distinguerle e capirne il valore

L'ansia è diversa dalla paura, poiché la paura è una reazione funzionale ad affrontare un pericolo immediato mentre l'ansia si pone come obiettivo l'affrontare una preoccupazione sulla verificabilità di un evento futuro.

Gli psicologi sottolineano questo aspetto di "immediatezza" tipico della paura, in contrasto con l'atto di "previsione" che caratterizza l'ansia.

E' bene sottolineare come l'ansia e la paura non siano necessariamente sensazioni "cattive", ma al contrario abbiano un ruolo adattivo: la paura, infatti, è fondamentale nella risposta di "attacco o fuga", che ci permette di mobilitare tutte le nostre risorse per affrontare la minaccia o, in alternativa, fuggire da essa.

Per questo motivo nelle giuste circostanze una reazione di paura può salvarci la vita.

Allo stesso modo, l'ansia ci aiuta ad individuare minacce future e a premunirci contro di esse, progettando ipotetici scenari nei quali potremmo essere coinvolti e, in quel caso, dovremmo affrontare la situazione temuta.

I disturbi d'ansia: quando il disagio diventa clinicamente rilevante

Molti disturbi d'ansia si sviluppano in età infantile e tendono a persistere quando non curati.

La maggior parte è più comunemente diffusa nella popolazione femminile, con un rapporto di 2:1 rispetto ai maschi.

E' bene sottolineare che, secondo i criteri del DSM-5, ogni disturbo d'ansia è diagnosticato solo quando i sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica, oppure non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Riportiamo in un breve elenco i disturbi d'ansia categorizzati dal DSM-5 con la relativa prevalenza nella popolazione generale (APA, 2013):

Disturbo d'ansia di separazione (bambini: 4%; adolescenti: 1,6%)

- Mutismo selettivo (tra 0,03 – 1%)
- Fobia specifica (USA: 7 – 9% ; Europa: intorno al 6%; paesi asiatici, africani e latinoamericani: 2 – 4%)
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) (USA: 7%; Europa: 2,3%)
- Disturbo di Panico (USA e alcuni paesi europei: 2.3%; paesi asiatici, africani e latinoamericani: 0,1 – 0,8%)
- Agorafobia (1,7%)
- Disturbo d'ansia generalizzata (USA: 2,9%, altri paesi: 0,4 – 3,6%)
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci (0,002%)
- Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica (n.s.)
- Disturbo d'ansia con altra specificazione (n.s.)
- Disturbo d'ansia senza specificazione (n.s.)

I sintomi dell'ansia

L'ansia si manifesta attraverso forme di tipo fisiologico:

- aumento del battito cardiaco.
- aumento della concentrazione per affrontare la minaccia.
- attacco – fuga.

Nel dettaglio, la sintomatologia ansiosa, che si manifesta con maggiore gravità nel Disturbo di Panico, comprende:

- palpitazioni,
- cardiopalmo o tachicardia,
- aumento della sudorazione,
- tremori fini o a grandi scosse,

- dispnea o sensazione di soffocamento,
- sensazione di asfissia,
- dolore o fastidio al petto,
- nausea o disturbi addominali,
- sensazioni di vertigine,
- di instabilità,
- di “testa leggera” o di svenimento,
- brividi o vampate di calore,
- parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio),
- derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sè stessi),
- paura di perdere il controllo o “impazzire”
- paura di morire.

E' lecito parlare di attacco di panico quando il soggetto esperisce un'improvvisa paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da quattro o più dei sintomi sopraelencati.

Il disturbo d'ansia generalizzata

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità soffre di disturbo d'ansia generalizzato il 5% della popolazione mondiale, soprattutto donne.

Solo un terzo di chi ne soffre, tuttavia, si rivolge ad uno specialista della salute mentale, in quanto i sintomi fisici dell'ansia spesso portano i pazienti a rivolgersi ad altre figure professionali (es. medico di base, internista, cardiologo, pneumologo, gastroenterologo).

Il disturbo d'ansia sociale

Il Disturbo d'Ansia Sociale (o Fobia Sociale), invece, si caratterizza per una paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri: gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso) (APA, 2013).

Ansia e altre patologie

Le malattie che più frequentemente si associano ai disturbi d'ansia sono:

- depressione (soprattutto),
- disturbi bipolari,
- ADHD,
- patologie respiratorie,
- cardiache
- gastrointestinali,
- artrite
- ipertensione (Sareen et al., 2006).

Trattamento e cura dell'ansia

Il trattamento dell'ansia nell'ambito delle psicoterapie cognitivo-comportamentali comporta l'eliminazione o la riduzione del sintomo, e successivamente il raggiungimento di un adeguato adattamento dell'individuo all'ambiente utilizzando tecniche comportamentali e tecniche di ristrutturazione cognitiva: il trattamento per la cura dell'ansia prevede un lavoro di ricerca e valutazione delle aspettative e degli schemi cognitivi abituali e di una conseguente ricerca di schemi alternativi e più funzionali (Bracconier, 2003).

Nello specifico, negli ultimi è stato dato in questo campo molto spazio sia alla terapia metacognitiva che alla terapia focalizzata sull'intolleranza dell'incertezza ovvero la terapia cognitiva standard.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO:

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I. & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166(19), 2109-2116.

Yerkes RM, Dodson JD (1908). "The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation". *Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18: 459-482. doi:10.1002/cne.920180503.

Braconnier A., *Piccoli o grandi ansiosi? Come trasformare l'ansia in una forza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York/London: Routledge

A cura di Claudio Nuzzo e Chiara Ajelli

Per saperne di più: <http://www.stateofmind.it/tag/ansia/>

Dunque, l'ansia è una risposta multi sistemica ad una minaccia o un pericolo percepito.

Essa riflette una combinazione di cambiamenti biochimici nel corpo, la storia personale del paziente e la memoria, e la situazione sociale.

Per quanto ne sappiamo, l'ansia è un'esperienza esclusivamente umana.

Agli animali appartengono chiaramente la paura, ma l'ansia umana implica la capacità, di utilizzare la memoria e l'immaginazione per spostarsi avanti e indietro nel tempo, cosa che gli animali non sembrano avere.

L'ansia che si verifica nelle sindromi post-traumatiche indica che la memoria umana è molto più complicata di quella animale. Inoltre, si manifestano grandi livelli di ansia nella previsione di eventi futuri.

È importante distinguere tra ansia come sentimento o esperienza, e un disturbo d'ansia come diagnosi psichiatrica: una persona può sentirsi ansiosa senza avere un disturbo d'ansia.

Inoltre, una persona di fronte a un pericolo chiaro e presente o un timore realistico di solito non è considerato in uno stato di ansia.

Spesso, l'ansia si verifica spesso come sintomo in altre categorie di disturbi psichiatrici.

Di solito il disturbo causa angoscia e incide sulle attività quotidiane, inoltre si hanno alcuni sintomi:

- sensazione di irrequietezza, irritabilità, tensione muscolare;
- ci si affatica facilmente;
- difficoltà di concentrazione;
- si soffre di insonnia

Una persona su 50 sviluppa questo disturbo ad un certo punto della vita e sono più colpite le donne rispetto agli uomini.

COME SI SCOPRE SE E' ANSIA

L'aspetto più comune è che un pensiero ansioso porta ad una serie di altri pensieri negativi, ad esempio: *"Devo scrivere un rapporto di lavoro, cosa succede se lo sbaglio? Che cosa succede se il mio capo si arrabbia?"*

Questo tipo di preoccupazione ne porta altre del tipo: *"E se non riesco a pagare le bollette? O il mutuo della casa? Cosa succede se non ho i soldi per provvedere alla mia famiglia?"*.

È evidente che questo circolo vizioso può durare diverse ore.

Un altro aspetto del disturbo d'ansia generalizzata è quello incentrato sui possibili scenari: pensare a tutto ciò che potrebbe accadere nel futuro.

Molte persone diranno di non ricordare da quanto tempo non sono preoccupate, diranno che tutto è cominciato dopo un periodo stressante.

Bisogna ricordare che nei momenti particolarmente stressanti è normale preoccuparsi, diventa preoccupante quando lo si fa per avvenimenti mai accaduti e per tempi prolungati.

Quali sono le cause dell'insorgere del disturbo d'ansia?

La causa non è sempre chiara, esso si sviluppa spesso senza una causa apparente anche se sono diversi i fattori che giocano un ruolo importante.

Ad esempio:

- il vostro patrimonio genetico può essere importante, infatti alcune persone tendono ad avere una personalità ansiosa perché l'hanno ereditata in famiglia;
- traumi infantili come l'abuso o la morte di un genitore che può procurare ansia nell'età adulta;
- uno stress importante come ad esempio una crisi in famiglia.

Inoltre anche persone affette da depressione o schizofrenia tendono a sviluppare un disturbo d'ansia generalizzata.

Alcuni dei sintomi fisici a volte sono causati anche da altri fattori come:

- bere molta caffeina;
- l'effetto collaterale di alcuni farmaci come gli antidepressivi;
- una ghiandola tiroidea iperattiva;
- assunzione di droga;
- malattie cardiache che provocano palpitazioni, raramente;
- basso livello di zuccheri nel sangue, raramente;
- tumori che secernono troppa adrenalina o ormoni simili, raramente.

Le persone affette dal disturbo spesso sono fumatori incalliti, che bevono troppi alcolici o che assumono droghe, poiché tutte queste cose nel breve termine alleviano i sintomi dell'ansia.

A lungo termine però la dipendenza da nicotina, alcool, droga, peggiora la situazione e condiziona pesantemente il livello generale di salute

Quali sono i possibili trattamenti nell'ansia

La terapia cognitivo-comportamentale è la più efficace, infatti gli studi dimostrano che funziona per più della metà dei pazienti migliorando la qualità della vita e alleviando i sintomi.

L TCC si basa sull'idea che sono alcuni pensieri che innescano alcuni problemi di salute mentale quali l'ansia.

Il terapeuta aiuta a comprendere i modelli di pensieri in particolare aiuta ad individuare i pensieri dannosi e le false idee che creano ansia.

L'obiettivo della terapia è di modificare il modo di pensare per evitare l'insorgere di queste false idee.

La terapia si basa su sedute settimanali di circa un'ora ciascuna e che dura diverse settimane.

Il paziente dev'essere parte attiva della terapia e deve svolgere dei compiti a casa tra una seduta e l'altra. Il terapeuta può suggerire di tenere un diario settimanale in cui annotare i pensieri che si fanno quando insorge l'ansia.

E' necessario capire che la terapia cognitivo-comportamentale non indaga tanto sugli eventi del passato, ma si basa soprattutto sui processi di pensiero ricorrenti.

La consulenza si basa sulle abilità delle persone di risolvere i problemi d'ansia.

Alcuni pazienti preferiscono alla terapia individuale quella di gruppo, durante la quale imparano a rilassarsi, ad acquisire la capacità di risolvere i problemi e a lavorare in gruppo.

Gli psicologi e gli psicoterapeuti dimostrano con i loro studi che la possibilità di sviluppare un disturbo d'ansia è spesso strettamente correlato al tipo di struttura di personalità del paziente creatosi in un particolare ambiente educativo e che fa rispondere cognitivamente (pensiero) e a livello comportamentale (azioni) in modalità tipiche.

Secondo questa tesi, quindi, una persona ansiosa, oltre che essere ansiosa, è allo stesso tempo -ansigena-: cioè capace di costruirsi intorno un ambiente carico di tensione, e stimolare nelle persone intorno condotte simili alle sue.

Per rigettare l'ipotesi genetica sottolineo come la scienza non ha ancora saputo dare prove di questa ipotesi identificando e indicando dei geni "responsabili della trasmissione dell'ansia.

Fino ad oggi non è stato possibile fornire la dimostrazione dell'esistenza di un preciso gene che - presente nella mappa genetica- indica il soggetto "ansioso" o, quantomeno, predisposto all'ansia.

Un popolare metodo di risoluzione del disturbo consta di 5 passi:

- **Formazione:** al fine di superare gli attacchi di ansia è necessario capire qual è la causa scatenante; spesso proprio la comprensione del problema è la chiave per la guarigione.
- **Fisica:** ci sono alcuni rimedi fisici quali rilassarsi, mantenere un certo grado di equilibrio durante l'attacco di ansia, fare aerobica, una dieta sana, un bagno caldo ed eventualmente aiutarsi con bevande rilassanti quali tisane e camomilla.
- **Meditazione:** questo include tutte le tecniche di rilassamento che sia meditazione, preghiera, tecniche visive.
- **La terapia cognitivo comportamentale:** l'unica forma di terapia che risulta veramente efficace per la cura di attacchi di ansia. La sua efficacia è ampiamente studiata da ricercatori universitari. La terapia cognitivo- comportamentale insegna il modo per gestire gli attacchi di ansia.
- **Farmaci:** trovare la giusta forma e dose del farmaco può aiutare a combattere il disturbo.

I sintomi fisici sono dovuti ai messaggi che il cervello invia nelle varie parti del corpo, questi messaggi nervosi tendono a far lavorare in modo accelerato il cuore, i polmoni e inoltre vengono rilasciati nel sangue anche gli ormoni che causano lo stress, cioè l'adrenalina che agisce sul cuore, sui muscoli e in altre parti del corpo causando i vari sintomi.

L'ansia in situazioni stressanti è normale e può anche essere utile poiché l'esplosione di adrenalina nel corpo e degli impulsi nervosi possono aiutare a lottare.

L'ansia è anormale se:

- è spropositata rispetto alla situazione;
- persiste anche in situazioni non stressanti;
- sembra insensata.

INFANZIA, SVILUPPO E ANSIA:

Gli esseri umani imparano durante il primo anno di vita che non sono autosufficienti e che la loro sopravvivenza di base dipende dalla cura degli altri.

Si pensa che questa prima esperienza di impotenza sia alla base delle angosce più comuni della vita adulta, tra cui la paura di impotenza e la paura di non essere amati.

Il modello psicoanalitico tiene ampiamente conto dell'aspetto simbolico dell'ansia umana; esempi includono disturbi fobici, ossessioni, compulsioni, e altre forme di ansia che sono altamente individualizzate.

La durata del processo di maturazione umana consente molte opportunità per i bambini e gli adolescenti di collegare le loro esperienze con determinati oggetti o eventi che possono portare sentimenti passati nella vita adulta.

Ad esempio, una persona che era spaventata da bambina da un uomo alto con gli occhiali, può provare panico dopo che qualcosa gli ricorda la persona o l'esperienza senza consapevolmente sapere perché.

Freud pensava che l'ansia fosse il risultato di conflitti interni di una persona. Secondo la sua teoria, le persone si sentono ansiose quando si sentono combattute tra desideri e sollecitate verso determinate azioni, da un lato, e le restrizioni morali, dall'altro.

In alcuni casi, l'ansia della persona può attaccarsi ad un oggetto che rappresenta il conflitto interiore.

Fobie:

Le Fobie sono un tipo speciale di reazione d'ansia, in cui l'ansia della persona è concentrata su un oggetto o situazione specifici che la persona tenta quindi di evitare.

Nella maggior parte dei casi, la paura della persona è del tutto sproporzionata rispetto alla sua "causa".

Si stima che il 10-11% della popolazione svilupperà una fobia nel corso della vita. Alcune fobie, come l'agorafobia (paura degli spazi aperti), claustrofobia (paura degli spazi piccoli o confinati) e fobia sociale, sono condivise da un gran numero di persone.

Fattori di stress ambientali e sociali

L'ansia ha spesso una dimensione sociale, perché gli esseri umani sono creature sociali. Le persone spesso riportano sensazioni di ansia elevata quando anticipano e, quindi, temono la perdita di approvazione sociale o di amore. La fobia sociale è un disturbo d'ansia specifico che è contrassegnato da alti livelli di ansia o paura di imbarazzo in situazioni sociali.

Un altro fattore di stress sociale è il pregiudizio.

Le persone che appartengono a gruppi che sono bersaglio di pregiudizi sono a più alto rischio di sviluppare disturbi d'ansia. Alcuni esperti pensano, per esempio, che i più alti tassi di fobie e disturbo di panico tra le donne rifletta la loro maggiore vulnerabilità sociale ed economica.

Alcuni studi controversi indicano che l'aumento di immagini e storie di notizie e intrattenimento violenti o sconvolgenti può aumentare il livello di ansia di molte persone. L'ansia può anche essere causata da fattori ambientali o professionali.

Le persone che devono vivere o lavorare a contatto con rumori improvvisi, luci o lampeggiante, vapori chimici o fastidi simili, che non possono evitare o controllare, possono sviluppare elevati livelli di ansia.

Per capire la diagnosi e il trattamento dell'ansia, è utile avere una conoscenza di base dei sintomi.

- **Somatica.**

I sintomi somatici o sintomi fisici di ansia includono mal di testa, vertigini o capogiri, nausea e / o vomito, diarrea, formicolio, carnagione pallida, sudorazione, intorpidimento, difficoltà di respirazione, e sensazioni di oppressione al torace, collo, spalle, o le mani. Questi sintomi sono prodotti dalle reazioni ormonali, muscolari e cardiovascolari coinvolti nella reazione di lotta o fuga. Bambini e adolescenti con disturbo d'ansia generalizzata mostrano un'alta percentuale di disturbi fisici.

- **Comportamentali**

Sintomi comportamentali di ansia includono stimolazione, tremore, irrequietezza generale, iperventilazione, discorso pressione, sfregare le mani, o finger tapping.

- **Cognitivi**

I sintomi cognitivi di ansia includono pensieri ricorrenti o ossessivi, sentimenti di sventura, morbosità o la paura che induce pensieri o idee, confusione o incapacità di concentrarsi.

- **Enozionali**

Stati emotivi associati con l'ansia includono tensione o nervosismo, e sentimenti di irrealtà, panico o terrore.

- **Meccanismi di difesa.**

Nella psicoanalitica, i sintomi di ansia possono derivare da o attivare una serie di meccanismi di difesa inconsci.

A causa di queste difese, è possibile per una persona essere ansiosa senza esserne coscientemente consapevole o apparire ansiosa agli altri. Queste difese psicologiche sono:

- **La repressione.**

La persona che spinge pensieri o idee ansiosi fuori della consapevolezza cosciente.

- **Razionalizzazione.**

La persona che giustifica i sentimenti ansiosi dicendo che qualsiasi persona normale si sentirebbe ansiosa nella loro situazione.

- **Somatizzazione.**

L'ansia emerge sotto forma di disturbi fisici e malattie, come ad esempio mal di testa ricorrenti, disturbi di stomaco, o dolori muscolari e articolari.

- **Delirio.**

La persona che converte i sentimenti ansiosi in teorie del complotto o idee simili senza esame di realtà.