

Salvatore Di Salvo

Terapia psicologica: le tappe del percorso

*Fabrizio Boccardo
Eleonora Gasparini
Monica Giuliacci
Laura Mariotto
Francesca Scorcìa*



*Associazione
per la Ricerca
sulla Depressione*

A cura di Salvatore Di Salvo

Terapia psicologica: le tappe del percorso

Associazione per la Ricerca sulla Depressione
Corso Guglielmo Marconi 2 - Torino
Tel. 011.6699584 - 6699693

Sito dell'Associazione:
www.depressione-ansia.it

Stampa: Graphot Torino
Maggio 2018

Titolo originale:
Terapia psicologica: le tappe del percorso
a cura di Salvatore Di Salvo

Indirizzo e-mail dell'autore: assodep@tiscalinet.it

© Copyright 2018 Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo senza il
permesso scritto degli Autori

Indice

<i>Presentazione dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione</i>	Pag. 7
<i>Presentazione del contenuto del libro</i>	Pag 11
<i>La psicoterapia individuale</i> <i>di Salvatore Di Salvo</i>	Pag. 13
<i>Cos'è la psicoterapia? - Gli strumenti della psicoterapia - Quando è necessaria una psicoterapia? - La figura dello psicoterapeuta - Il modello teorico - La sofferenza come spinta al cambiamento - Lo psichiatra e lo psicoterapeuta - Quanto dura una psicoterapia? - Età e psicoterapia - L'autoanalisi - Le paure dell'inizio - Il "vis a vis" - Decisioni importanti durante la psicoterapia</i>	
<i>L'inizio della psicoterapia</i> <i>di Monica Giuliacci</i>	Pag. 49
<i>Contatto telefonico e appuntamento - Il setting - Il terapeuta - Obiettivi del primo colloquio - La paura del paziente e la motivazione al trattamento - La fiducia - Il contratto terapeutico</i>	

L'alleanza terapeutica
di Fabrizio Boccardo

Pag. 71

Il patto - La coppia al lavoro ed il viaggio insieme - Interessarsi all'altro, interessarsi a se stessi - Che cos'è l'alleanza terapeutica - L'alleanza terapeutica nella terapia di gruppo

Transfert e controtransfert
di Francesca Scorcìa

Pag. 95

L'intensità della relazione terapeutica – Il Transfert – Il Controtransfert – Aspetti clinici

Aggressività, colpa e angoscia
di Laura Mariotto

Pag. 119

L'aggressività - Gli aspetti dell'aggressività - Sentirsi in colpa - Un caso clinico - Da dove nasce il sentimento di colpa? - La rimozione - L'angoscia - Aggressività, angoscia e colpa nel rapporto psicoterapeutico.

La conclusione della psicoterapia
di Eleonora Gasparini

Pag. 143

Il misterioso cammino verso il mondo interno - Il processo di consapevolizzazione - Il dialogo tra paziente e terapeuta sulla conclusione della psicoterapia - La conclusione della terapia.

Alcune note conclusive Pag. 163

Note biografiche degli autori Pag. 165

Biblioteca dell'Associazione Pag. 167

Terapia psicologica: le tappe del percorso

***Un particolare ringraziamento a Mariella per
il suo prezioso lavoro di editing del testo***

Presentazione dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione si è costituita nell'Aprile 1996 allo scopo di favorire l'approfondimento scientifico, la sensibilizzazione, la divulgazione e la prevenzione sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia nei loro aspetti medici, sociali e psicologici.

I servizi dell'Associazione

Il servizio di Ascolto

È un servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, il numero di telefono è 011.6699584 e si caratterizza per il fatto di essere svolto esclusivamente da Psicologi.

La sua attivazione risale al settembre 1998 con lo scopo di offrire ascolto, accogliendo le richieste di chi desidera aprirsi, parlare di sé, esporre i propri problemi a persone competenti. È anche un primo momento di supporto psicologico: fornisce informazioni relative agli specialisti cui rivolgersi, alle possibili terapie da in-

traprendere e risposte su quesiti relativi ai sintomi della depressione e dell'ansia.

La possibilità di mantenere l'anonimato, quindi di non esporsi in modo diretto, ha aiutato le persone a “prendere in mano la cornetta” e ad esprimere il disagio, la paura, l'angoscia e la rabbia con cui sono vissuti i disturbi in questione, cosa che probabilmente non sarebbero riuscite a fare in altro modo.

Il sito internet

Collegandosi al sito internet dell'Associazione ***www.depressione-ansia.it***, la cui nuova versione è stata pubblicata nell'Ottobre 2012, è possibile acquisire molte informazioni sul Disturbo Depressivo e sui Disturbi d'Ansia: le domande più frequenti e le relative risposte, esperienze personali inviate all'Associazione dai pazienti, storie cliniche e approfondimenti sui temi di cui l'Associazione si occupa.

Tutto il materiale è scaricabile gratuitamente.

Audiovisivi

L'Associazione ha realizzato tre audiovisivi, ognuno dei quali è suddiviso in paragrafi (60 in tutto). La durata complessiva è di circa 120 minuti.

La tecnica utilizzata è quella delle diapositive PowerPoint, i cui contenuti vengono descritti e commentati.

Nei primi due, intitolati “I Disturbi Depressivi” e “I Disturbi d'Ansia”, sono trattati gli aspetti descrittivi, diagnostici e terapeutici dei disturbi depressivi e ansiosi e le loro diverse forme

cliniche.

Nel terzo, dal titolo “La Consulenza Psichiatrica”, viene descritta la prima visita psichiatrica dal punto di vista del paziente e dello specialista e le successive visite di controllo.

Gli audiovisivi sono pubblicati nella *Sezione Audiovisivi* del sito dell'Associazione.

Gli altri servizi

- *Campagne informative*: periodicamente l'Associazione organizza Campagne informative sui temi del Disturbo Depressivo e dei Disturbi d'Ansia allo scopo di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti di questi disturbi. Le Campagne finora svolte hanno ottenuto il patrocinio dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dalla Regione Piemonte, dalla Provincia di Torino, dal Comune di Torino, dall'Ordine dei Farmacisti e dall'Ordine dei Medici di Torino.
- *Colloqui informativi*: l'Associazione offre questo tipo di servizio, a titolo gratuito, a chiunque ne faccia richiesta. Si tratta di un colloquio, svolto da psicologi, della durata di circa 45 minuti durante i quali l'utente presenta le proprie problematiche e riceve indicazioni personalizzate sui percorsi di cura che, nel suo caso, è più opportuno seguire.
- *Gli incontri con i familiari*: gli psicologi dell'Associazione si rendono disponibili ad incontri gratuiti con familiari, amici e conoscenti di chi soffre di un Disturbo Depressivo o di Disturbi d'Ansia, durante i quali vengono date indicazioni sul compor-

tamento da adottare per essere loro di aiuto.

- *I Convegni*: annualmente l'Associazione organizza un Convegno, aperto al pubblico e con ingresso gratuito, durante il quale viene approfondito un argomento specifico e vengono presentati i lavori di ricerca svolti dall'Associazione.
- Dalla Sezione Pubblicazioni Gratis del sito www.depressione-ansia.it è possibile scaricare gratuitamente, *sia in formato pdf sia in quello ePub*, i libri e gli opuscoli pubblicati a cura dell'Associazione, compresi i volumi della Collana di Psichiatria Divulgativa.

Presentazione del contenuto del libro

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione prosegue la sua attività editoriale con la pubblicazione del presente volume, dedicato all'approfondimento dei temi riguardanti la psicoterapia individuale.

I Disturbi del Tono dell'Umore e i Disturbi d'Ansia vanno affrontati con i farmaci quando i sintomi hanno una gravità tale da determinare inibizioni o interferenze nella vita sociale, lavorativa e affettiva. Va comunque tenuto presente che l'intervento con farmaci mira unicamente alla cura dei sintomi e la risoluzione della sintomatologia acuta non va intesa come la risoluzione definitiva del problema. E' quindi importante un'attenta e accurata valutazione della personalità globale del paziente in modo da fornire, risolto lo stato di sofferenza acuta, indicazioni per un percorso psicoterapeutico di tipo psicodinamico o sistemico o cognitivo-comportamentale, senza pregiudizio alcuno sui vari tipi d'intervento in quanto tutti validi, purché effettuati da persone preparate e competenti.

Tra i vari modelli di approccio psicologico, nel presente volume viene trattato il tema della psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico perché è quella che viene praticata dai coautori del libro, psicoterapeuti che lavorano presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino.

Dopo un'introduzione contenente alcune considerazioni generali sulla psicoterapia, vengono affrontati i temi relativi al primo contatto con il terapeuta, all'alleanza terapeutica, al transfert e controtransfert, ai temi della aggressività, dell'angoscia e della colpa

e, infine, alla conclusione della psicoterapia. Filo conduttore di tutti i capitoli è la relazione che si viene ad instaurare tra paziente e terapeuta, elemento fondante del processo di trasformazione del lavoro psicoterapeutico.

Particolare attenzione è stata dedicata dagli autori a presentare argomenti complessi utilizzando un linguaggio di tipo divulgativo in modo tale che, per accedere ai contenuti dei vari capitoli, non fosse necessario avere conoscenze specifiche in materia psicologica.

A tale scopo sono anche state utilizzate esemplificazioni cliniche: il racconto di molte storie di psicoterapia ha lo scopo di rendere più chiari gli argomenti teorici dei vari capitoli e renderne più espliciti i contenuti.

La psicoterapia individuale

di Salvatore Di Salvo

Cos'è la psicoterapia? - Gli strumenti della psicoterapia - Quando è necessaria una psicoterapia? - La figura dello psicoterapeuta - Il modello teorico - La sofferenza come spinta al cambiamento - Lo psichiatra e lo psicoterapeuta - Quanto dura una psicoterapia? - Età e psicoterapia - L'autoanalisi - Le paure dell'inizio - Il "vis a vis" - Decisioni importanti durante la psicoterapia

Nella fase acuta della crisi depressiva l'assunzione di farmaci è finalizzata alla risoluzione dei sintomi, allo scopo di ridurre l'interferenza nella vita sociale, lavorativa ed affettiva.

Nella fase successiva, quando i sintomi non sono più presenti, si devono utilizzare strumenti terapeutici mirati alla cura delle cause del disturbo depressivo.

A volte esse sono facilmente individuabili, ad esempio in problemi legati alla vita di coppia o alla presenza di conflitti all'interno della famiglia.

Generalmente si tratta di temi di cui il soggetto è consapevole e che vanno affrontati con un trattamento finalizzato a modificare quelle situazioni, quali una terapia di coppia o una terapia familiare.

Capita però spesso che il soggetto non riesca ad individuare la causa della sua crisi in quanto i conflitti non sono presenti nella coscienza, ma risiedono nell'inconscio. Essi costituiscono una sorta di spina irritativa, di elemento perturbatore interno che è bene individuare, al fine di evitare che faccia nuovamente sentire

la sua presenza causando altre successive crisi.

In tali casi è opportuno che il paziente inizi una psicoterapia individuale di cui, nei paragrafi successivi, verranno descritte le principali caratteristiche.

Cos'è la psicoterapia?

La psicoterapia individuale consiste nell'indagine e nella cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. E' un lavoro che si fa in due, paziente e terapeuta e fa uso del colloquio, della parola e della riflessione per giungere alla comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza.

Il lavoro psicoterapeutico si occupa soprattutto delle emozioni e poco delle categorie razionali. Queste ultime permettono di mettersi in rapporto con la realtà e con gli altri, ma si tratta solo di uno degli aspetti del contatto con il mondo esterno. E' un'illusione pensare di relazionarsi ad esso solo razionalmente e i fatti evidenziano l'importanza delle emozioni, delle sensazioni e delle intuizioni. Una parte della vita psichica sfugge quindi al controllo della ragione, appartiene all'inconscio e il lavoro psicoterapeutico consente di acquisire gli strumenti per dialogare con esso.

La psicoterapia mira ad alleviare i problemi emotivi che si manifestano attraverso i sintomi e cerca di conseguire tale fine producendo cambiamenti strutturali nel paziente, vale a dire cercando di determinare la scomparsa del sintomo attraverso il rafforzamento e la maturazione dell'Io e la modificazione dei meccanismi patologici.

Il fine della psicoterapia è quindi quello di aiutare il paziente ad operare una modificazione ed una maturazione, attivando proces-

si che hanno lo scopo di portare a nuove e più mature integrazioni e modi di porsi in relazione con gli altri, promuovendo la risoluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

Gli strumenti della psicoterapia

Facciamo un breve cenno ai principali strumenti della psicoterapia, tenendo presente che gli argomenti saranno ripresi ed ampliati nei capitoli successivi.

Il colloquio: è usato dal paziente per raccontare la sua storia, le sue esperienze passate e presenti, le emozioni connesse. Il terapeuta utilizza la parola per fornire interpretazioni, chiarimenti e per indicare le relazioni tra i diversi contenuti psichici che emergono durante il lavoro terapeutico.

L'interpretazione: mette in relazione i contenuti del passato con quelli del presente, fornendo a questi ultimi lo sfondo storico delle loro origini e aumentando i livelli di consapevolezza.

La relazione: il rapporto che s'instaura tra paziente e terapeuta, il campo emotivo della loro relazione, il rapporto di stima e di fiducia reciproca sono strumenti molto importanti della psicoterapia, costituiscono il veicolo del processo di trasformazione che è attivato nel paziente.

Il transfert: durante la psicoterapia sono proiettati sul terapeuta alcuni contenuti significativi della vita interiore del paziente, quali sentimenti antichi familiari, relazioni col mondo esterno, rapporti emotivi con personaggi della realtà attuale. Tali contenuti sono "trasferiti" sulla persona del terapeuta realizzando la loro ripetizione e consentendo al paziente di viverli nel "qui ed ora"

della relazione psicoterapeutica. Ciò consente la possibilità di una loro elaborazione in una situazione di attualità, evitando che il lavoro terapeutico diventi astratto e distante.

Il setting: il termine è di origine teatrale ed indica tutto ciò che è presente in scena in modo fisso ed entro cui si svolgerà l'azione teatrale. La ripetitività della situazione in cui avvengono gli incontri, la certezza degli orari, la stabilità dell'ambiente assieme al legame emotivo con il terapeuta, forniscono al paziente la cornice del lavoro terapeutico. All'interno di tale cornice potrà fare emergere, in condizioni di relativa sicurezza, anche i contenuti emotivi più nascosti e vergognosi, rendendo possibile l'elaborazione e la positiva modificazione.

Quando è necessaria una psicoterapia?

E' necessario intraprendere una psicoterapia quando il malessere di cui una persona soffre si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente.

La sofferenza costituisce, quindi, stimolo e occasione per intraprendere un lavoro psicologico di ricerca che diventa lo strumento per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'origine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione.

Il percorso psicoterapeutico è quindi necessario per attivare un lavoro di elaborazione e di ricerca interiore e mettere in moto un processo di trasformazione personale.

La storia seguente esemplifica quanto detto finora.

Claudio chiede un consulto a causa di problemi relativi al sonno. Da qualche settimana il suo risveglio, oltre ad essere molto precoce, tre/quattro ore prima del solito, è anche accompagnato da pensieri negativi sulla giornata che dovrà affrontare e spesso anche da ansia e tachicardia. Durante il giorno accusa molta stanchezza e difficoltà di attenzione e di concentrazione che cominciano ad interferire con lo svolgimento dell'attività lavorativa.

E' preoccupato non tanto dalla gravità attuale dei sintomi che, per quanto fastidiosi, descrive come ancora sopportabili, quanto dal timore che venga di nuovo a svilupparsi una vera e propria crisi depressiva di cui aveva sofferto l'anno precedente. Anche allora inizialmente i sintomi erano simili a quelli attuali. Si erano però progressivamente aggravati tanto da determinare un periodo di due mesi d'interruzione del lavoro. All'epoca, dopo alcuni tentativi di terapia da parte del suo medico di base, si era rivolto ad uno psichiatra, aveva iniziato una terapia con antidepressivi ed i sintomi erano regrediti nel giro di poche settimane.

Aveva continuato ad assumere i farmaci ancora per circa otto mesi e poi li aveva sospesi.

Nel periodo successivo non aveva più assunto alcun tipo di farmaco e non si erano più manifestati sintomi della serie depressiva fino a poche settimane prima.

Claudio ha appena compiuto 38 anni ed è un ingegnere elettronico. Figlio unico, vive solo con la madre. Il padre è mancato quando Claudio aveva 18 anni. Descrive il rapporto con la madre come positivo. A volte vi sono contrasti a causa dell'atteggiamento di eccessiva preoccupazione di lei nei suoi confronti, ma com-

piessivamente sta molto bene a casa sua.

Dotato di un'intelligenza superiore alla media, si è sempre distinto per i suoi ottimi risultati scolastici e ha concluso il corso universitario con il massimo dei voti. Grazie ai risultati conseguiti, subito dopo la laurea si è facilmente inserito nel mondo del lavoro, dove ha iniziato una brillante carriera che l'ha portato a raggiungere posizioni di vertice nell'azienda in cui lavora.

Le cose sono invece andate meno bene sul versante sentimentale. Si descrive come timido e riservato e non ha avuto storie importanti con ragazze fino all'età di 30 anni. Non riusciva ad impegnarsi seriamente con nessuna, la durata delle relazioni era molto breve e il suo impegno prevalente era rivolto all'attività lavorativa. La sera, molto stanco, spesso preferiva stare a casa a guardare la televisione, piuttosto che uscire con gli amici o con le ragazze. All'età di 30 anni inizia una relazione con una coetanea e, contrariamente alle altre, ne resta coinvolto. La relazione dura ancora adesso. Ricorda i primi anni come molto belli e coinvolgenti fino a quando la ragazza propone il matrimonio.

Claudio risponde di non sentirsi ancora pronto. Segue un periodo di forte tensione che determina una crisi nella coppia e l'interruzione della relazione.

Riprendono a frequentarsi, ma una nuova crisi si verifica circa due anni dopo, quando la ragazza manifesta di nuovo il desiderio di sposarsi. Claudio non si sente ancora pronto. Di nuovo un'interruzione, di nuovo la ripresa del rapporto dopo qualche mese. Da allora la ragazza non ha più parlato di progetti matrimoniali e tanto meno l'ha fatto Claudio. Continuano a stare insieme, ad avere interessi comuni e a trascorrere le vacanze insieme, vivendo

però ognuno a casa propria.

Da quanto racconta, si traccia un quadro di questo tipo: Claudio ha una personalità disarmonica, in cui vi è stato un forte sviluppo della parte razionale, ma un'inibizione dello sviluppo della vita affettiva, che vive come paurosa e pericolosa. Vi è un forte sbilanciamento tra "personalità sociale" e "personalità privata", quest'ultima legata al mondo della madre, dal quale non riesce a svincolarsi. Tanto è grande nel mondo del lavoro, quanto è piccolo nel mondo materno, dal quale si fa accudire e coccolare. Resta nel posto sicuro, dal quale riceve calore e protezione. Il prezzo è l'inibizione dei progetti di una vita affettiva autonoma e di una parte importante della propria personalità: quella affettiva e del sentimento. Resta piccolo e dipendente, nel rapporto antico e sicuro, per non correre il rischio di soffrire e restare deluso in un rapporto adulto.

Claudio ha sperimentato, nell'ambito professionale, di avere ottime capacità d'autoaffermazione e in quest'ambito ha trovato il proprio posto al sole. L'altra parte di lui, quella affettiva, rimane all'ombra della madre. Non osa prendersi la responsabilità di una separazione da lei, a casa si sente protetto e al sicuro, non riconosce la spinta verso l'autonomia e il distacco dal mondo materno. Claudio però non sa tutto questo, non è consapevole del sacrificio della propria autonomia affettiva, si dà spiegazioni del tipo: "Non mi sento ancora pronto" che è un modo per rimandare in maniera indefinita la responsabilità della scelta e per mantenere invariata la situazione attuale. Tutto ciò ha però un prezzo: la parte della personalità repressa e relegata nell'inconscio entra in conflitto con la parte cosciente e da ciò prendono origine i sintomi.

Le crisi depressive, quella dell'anno prima e quella attuale di cui sono presenti i primi segnali, sono l'espressione della presenza di un conflitto interno, dell'inibizione di una parte della personalità che preme per essere riconosciuta, ma che è relegata nell'inconscio e si può esprimere solo producendo sintomi. Occuparsi solo della loro cura con i farmaci, com'era avvenuto nella prima crisi depressiva, lascia il conflitto attivo, pronto a manifestare la sua presenza producendo altri sintomi.

E' necessaria una psicoterapia in modo che Claudio acquisisca la consapevolezza del suo problema interno. Potrà quindi prendersi cura di quella parte della sua personalità relegata nell'inconscio, assumersi la responsabilità di una scelta adulta e sanare la frattura tra la sua parte razionale e quella affettiva, riequilibrando la personalità globale.

La figura dello psicoterapeuta

La psicoterapia può essere assimilata ad un "viaggio" all'interno di sé che il paziente compie in compagnia dello psicoterapeuta, il quale si configura come il "compagno di viaggio" che conosce le difficoltà e le insidie del percorso per averlo lui stesso affrontato. Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione, di durata almeno quadriennale, che gli consente di essere iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e l'autorizza ad esercitare l'attività di psicoterapeuta.

La parte più importante del suo percorso formativo non è comunque costituita dagli esami sostenuti o dai testi studiati, ma dall'essersi lui stesso sottoposto per anni ad un lavoro di analisi

personale e didattica e a supervisioni di casi clinici da parte di psicoterapeuti più esperti.

Durante la sua formazione impara, quindi, a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa quella sensibilità empatica che gli consentirà d'essere egli stesso il primo "strumento" del lavoro psicoterapeutico.

Per creare un ambiente favorevole all'attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva. Da questo continuo confronto nasce per il paziente la possibilità di cogliere, di realizzare e di agire le potenzialità del cambiamento.

In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell'altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all'interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sé.

Grazie al clima di fiducia e di empatia che si crea nella relazione, il paziente può "correre il rischio" di esprimere quelle parti che, pur essendo presenti, non hanno avuto diritto di parola e di espressione. Diritto negato dalla necessità di adattamento alle convenzioni sociali o dall'aver ricevuto un'educazione troppo rigida o troppo elastica, dalla necessità di salvaguardare relazioni significative ma problematiche, dalla necessità di apparire sempre all'altezza del ruolo che si è scelto o che gli è stato attribuito.

Il modello teorico

Chi si avvicina per la prima volta allo studio del funzionamento dei processi psichici corre il rischio di restare disorientato di fronte alla varietà dei modelli proposti: freudiano, junghiano, adleriano, solo per citare i più noti. Vale quindi la pena fare qualche riflessione in proposito.

E' da sottolineare il fatto che gli studi mirati ad individuare la percentuale di successi ottenuti utilizzando modelli teorici diversi (fermo restando le difficoltà intrinseche di tale valutazione) non hanno evidenziato prevalenze apprezzabili tra i diversi tipi di psicoterapia.

L'efficacia di un lavoro di ricerca psicologica non dipende dunque dalla validità del modello teorico di riferimento, ma l'elemento trasformativo della psicoterapia va ricercato nella relazione che s'instaura tra paziente e terapeuta.

Ogni singola teoria del funzionamento dei processi psichici va quindi intesa come un possibile modello, una sorta di bussola per potersi orientare nella vastità e complessità della psiche e che fornisce le coordinate generali, la direzione verso cui andare.

Di fronte ai numerosi modelli teorici esistenti è possibile riconoscere ad ognuno la sua validità, dovuta soprattutto alla coerenza interna del discorso. Tra di essi accade di comprenderne maggiormente uno rispetto agli altri, di sentirlo più affine alla propria sensibilità e alla propria visione del mondo e sarà quindi questo ad essere scelto come interlocutore preferenziale, come "bussola" di riferimento.

Sarebbe però un grave errore sposare questo modello, identificarsi con esso e ritenerlo come "l'unico modello possibile". In

questo caso si cadrebbe nel pregiudizio teorico e nel dogmatismo, arrogandosi il diritto del possesso della verità assoluta.

Per contro, la tendenza opposta, il rifiuto cioè di qualsiasi punto di riferimento teorico, comporta il pericolo dello “spontaneismo”: si ha fiducia solo in se stessi, nelle proprie capacità terapeutiche “naturali”, con il rischio di abbandonarsi all’improvvisazione e al pragmatismo.

Il punto di mediazione tra queste due tendenze estreme è rappresentato dalla capacità di stare in un atteggiamento costante di attesa e di ascolto, senza precipitarsi in opzioni di fede e senza cedere all’atteggiamento onnipotente di potere fare a meno di qualsiasi conoscenza.

La sofferenza come spinta al cambiamento

Dal punto di vista della medicina la sofferenza viene considerata come l’interruzione di uno stato di benessere e il medico interviene su di essa al fine di ripristinare il precedente equilibrio turbato. Lo stato di malessere ha quindi esclusivamente connotazioni negative e deve semplicemente essere eliminato.

Se però ciò è vero per la sofferenza fisica, quella psichica deve essere considerata anche da un altro punto di vista: va curata, ma è anche importante coglierne il significato.

Nei paragrafi precedenti si è più volte sottolineato che il malessere psichico è il segnale della presenza di qualcosa di dissonante nella personalità di cui il soggetto non è consapevole e che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi.

Questo costituisce il suo potenziale positivo e trasformativo: la sofferenza può costituire la spinta per attivare la ricerca psicolo-

gica su di sé, al fine di modificare il rapporto con se stessi e con gli altri.

Agire sul malessere psichico unicamente con un intervento farmacologico volto alla sua soppressione, senza interrogarsi sul significato del disturbo e senza tentare di comprenderne il senso, vuol dire non cogliere la sua spinta trasformativa.

La storia che segue è utile per chiarire meglio quanto finora detto. Carlo è un giovane di 20 anni. È originario di un piccolo paese della Puglia, vive a Torino assieme ad un coetaneo e frequenta il secondo anno del Politecnico. Il suo trasferimento al Nord risale all'anno precedente ed è stato motivato dalla frequenza universitaria. Dopo avere conseguito il diploma di maturità classica, la scelta del corso di laurea da intraprendere ha comportato alcune tensioni. Durante gli studi della scuola media secondaria Carlo aveva sviluppato un'attitudine per le materie di tipo umanistico ed era orientato a frequentare il corso di laurea in Lettere Moderne.

La madre, insegnante di scuola elementare, pur con riserve relative alla difficoltà d'inserimento nell'ambito dell'insegnamento, non ha contrastato la sua scelta. Il padre invece, geometra presso il loro Comune di residenza, ha assunto un atteggiamento nettamente contrario. A suo avviso la scelta universitaria doveva essere fatta prevalentemente sulla base delle richieste del mondo del lavoro e quindi ha caldeggiato l'iscrizione ad un corso di laurea di tipo scientifico.

Riteneva inoltre che la laurea in ingegneria offrissi maggiori garanzie per il futuro lavorativo e, da informazioni assunte, ha ricevuto ottime referenze sul Politecnico di Torino. Carlo ha tentato di

contrastare questo tipo di scelta, ha ricevuto un appoggio tiepido dalla madre e alla fine, anche per la scelta analoga da parte di un coetaneo del suo stesso paese, ha ceduto all'imposizione paterna. I primi periodi di adattamento alla città, alla convivenza e al mondo universitario hanno comportato uno stato di disagio interno e di scarso rendimento negli studi.

Dopo circa tre mesi Carlo inizia a stare male: una notte si sveglia di soprassalto in preda ad una crisi durante la quale ha l'impressione di non riuscire più a respirare. La crisi si presenta anche nelle notti successive e finisce per determinare uno stato d'insonnia. Ormai va a letto con il terrore del suo ripetersi, cerca di resistere al sonno, crolla dalla stanchezza, ma viene risvegliato dalla sensazione di soffocamento. Il tutto si protrae per circa due settimane e alla fine comunica la cosa ai genitori.

Approfittando dell'imminenza del periodo natalizio, torna in Puglia dove viene visitato dal medico che lo conosce da quando era bambino. Viene diagnosticato un problema di disadattamento alla nuova realtà che si è trovato ad affrontare e viene prescritta una terapia con ricostituenti per favorire la ripresa fisica, dal momento che vi è stata una perdita di peso significativa.

La permanenza a casa determina il miglioramento delle condizioni fisiche, ma non di quelle psichiche, che sembrano peggiorare. Si manifestano anzi dei sintomi che spaventano Carlo ancora di più di quelli precedenti: viene assalito dalla paura di poter fare del male ai familiari e di ferirli con un coltello. E' una fantasia che riconosce come assolutamente estranea, che rifiuta con tutto se stesso, ma che si presenta con grande forza.

Non ne parla con nessuno, teme per il suo equilibrio psichico,

comincia ad evitare di entrare in cucina per il timore di perdere il controllo e usare i coltelli per mettere in atto le fantasie, che sono rivolte principalmente contro i genitori. Il trascorrere del tempo non determina un miglioramento dei sintomi che anzi tendono ad acquisire maggiore forza. Carlo si chiude progressivamente in sè, teme di esser sul punto di perdere completamente il controllo.

Preso dalla disperazione, confida il disturbo al suo medico che coinvolge i familiari e richiede una consulenza psichiatrica.

La diagnosi rassicura Carlo ed i familiari: tutti i disturbi, quelli notturni dei mesi scorsi e quelli attuali, rientrano nella categoria del Disturbo da Attacchi di Panico. Tale disturbo comporta spesso la paura di perdere il controllo dei propri comportamenti, ma questo, a differenza di altri tipi di disturbi psichici, non si verifica. Viene quindi rassicurato sul fatto che non corre il rischio di ferire i genitori, che le sue fantasie sono inquadrabili in un disturbo noto e curabile e gli viene prescritta una terapia farmacologica. La diagnosi e la prognosi dello psichiatra vengono confermate, nelle settimane successive, dal fatto che la cura mostra la sua efficacia e le fantasie riducono la loro forza fino a scomparire.

Dopo circa due mesi Carlo torna a Torino per riprendere il suo percorso universitario, prosegue la cura ancora per qualche mese e poi la sospende definitivamente.

Il recupero appare discreto, riesce a superare tre esami e trascorre un buon periodo estivo. Alla ripresa autunnale dei corsi i disturbi si ripresentano. Iniziano con le crisi notturne, ben presto ricompaiono le paure di perdere il controllo delle proprie azioni e di fare del male agli altri ferendoli con un coltello e compare anche la paura di fare del male a se stesso.

Contatta telefonicamente lo psichiatra che lo aveva curato in precedenza e riceve la prescrizione di riprendere la terapia di qualche mese prima. Riceve inoltre l'indicazione di consultare uno psicoterapeuta e di farsi supportare dal punto di vista psicologico.

Carlo inizia quindi la psicoterapia e il quadro complessivo che emerge è il seguente.

Il problema principale risulta essere il rapporto con la figura paterna. E' un uomo che descrive come volitivo, convinto delle proprie idee che tende ad imporre in modo autoritario a moglie e figli. I genitori del padre, di origine contadina e dediti all'agricoltura e alla pastorizia, gli avevano imposto l'interruzione degli studi dopo il conseguimento della licenza media, avviandolo al lavoro dei campi e alla cura degli animali. E' molto fiero del diploma di geometra conseguito frequentando le scuole serali nella tarda giovinezza e lo vive come l'emancipazione dal mondo contadino cui era stato indirizzato.

Nei confronti del figlio commette però lo stesso errore dei suoi genitori: gli impone cioè la propria volontà, senza tenere conto dei desideri e delle inclinazioni di Carlo.

Carlo, dopo qualche resistenza, subisce l'imposizione e non riesce a contrastare il modello di successo e di riuscita sociale su cui si fondano le convinzioni paterne.

Questo però comporta la rinuncia a quella parte della sua personalità che vive come arido il mondo dei numeri e della matematica e che è più incline a quello delle emozioni e dei sentimenti. Inizia quindi, suo malgrado, a frequentare un corso di studi che lo porterà lontano dalle sue aspirazioni e comporterà una collocazione nel mondo non adeguata alle sue esigenze.

La conseguenza è che si viene a creare una dissonanza interna e di conflitto: da un lato inizia il percorso che gli è stato imposto, dall'altro la sua parte negata si ribella e manifesta il suo dissenso attraverso i sintomi. L'aggressività non emersa nella coscienza per contrastare la volontà paterna si esprime dall'inconscio producendo fantasie di aggressione fisica nei confronti dei genitori e di se stesso.

A un esame superficiale, Carlo sembra avere semplicemente un problema di adattamento alla grande città e al nuovo stile di vita. Una tale interpretazione è però parziale e comporta un intervento esclusivamente con farmaci allo scopo di eliminare i disturbi, lasciando invariato tutto il resto. La cura ha mostrato una buona capacità di riduzione e risoluzione dei sintomi, che sono tuttavia ricomparsi poco tempo dopo la sospensione.

E' invece necessario che Carlo prenda atto del significato profondo che i sintomi segnalano.

Essi indicano che la strada intrapresa non è percorribile, che comporta un sacrificio di parti di sé troppo grandi e che il prezzo da pagare è troppo alto. Carlo deve prendere coscienza della sua aggressività che, se rimane inconscia, corre il rischio di produrre fantasie distruttive. E' necessario invece riuscire ad indirizzarla in modo costruttivo, avviando un dialogo con i genitori in cui sia presente un maggiore rispetto delle sue aspirazioni e delle sue esigenze.

Anche i genitori, il padre in particolare, devono prendere atto del significato profondo dei sintomi del figlio ed è probabile che in questo debbano ricorrere ad un aiuto esterno.

E' comunque certo che solo attraverso la comprensione del senso

del malessere sarà possibile mettere in atto la correzione di scelte che, se non modificate, corrono il rischio di determinare in futuro seri problemi nella sua vita.

Lo psichiatra e lo psicoterapeuta

La psichiatria è quella specializzazione della medicina per conseguire la quale necessitano quattro anni di studi successivi alla laurea in medicina e che si occupa della cura dei disturbi psichici, nella più vasta accezione del termine (psicosi, nevrosi, disturbi di personalità, ecc.).

Lo strumento principale, anche se non l'unico, dello psichiatra è costituito dagli psicofarmaci. Il suo intento curativo è rivolto alla risoluzione dei disturbi psichici e lo scopo è quello del ripristino della situazione precedente, turbata dalla manifestazione del sintomo.

Anche lo psicoterapeuta si occupa della cura della psiche, ma solo ed esclusivamente mediante le parole, escludendo l'utilizzo dei farmaci: cura cioè attraverso lo strumento psicologico e lo scopo è quello di dare un senso alla sofferenza del paziente.

L'azione dello psichiatra è mirata alla risoluzione del sintomo, quella dello psicoterapeuta invece ha lo scopo di comprenderlo. Bisogna sottolineare che i due tipi di interventi, farmacologico e psicoterapeutico, possono stare tra di loro in rapporto di complementarità.

Quando è presente una sintomatologia invalidante, la cui gravità è tale da determinare l'interferenza o l'inibizione nella vita affettiva, lavorativa o sociale, è necessario ottenere, nel giro di poche settimane, la regressione della fase acuta del disturbo e ciò è pos-

sibile mediante l'utilizzo dei farmaci. La loro azione è puramente chimica: essi agiscono sui neurotrasmettitori cerebrali, ne aumentano la disponibilità a livello delle cellule dell'encefalo ed a ciò corrisponde un miglioramento dei sintomi. In questo tipo d'intervento il paziente è passivo e si deve solo limitare al rispetto della prescrizione medica. Va comunque tenuto presente che i farmaci non hanno alcun effetto sulle cause che hanno determinato l'origine dei sintomi e che, per agire su di esse, è necessario l'utilizzo dello strumento psicologico, cioè della psicoterapia.

In tale caso è necessario un atteggiamento attivo del paziente e la sua collaborazione con lo psicoterapeuta nel lavoro psicologico di ricerca. Proprio per questo è consigliabile che il lavoro psicoterapeutico venga iniziato quando il paziente è in grado di fornire la sua collaborazione e quindi non durante la fase acuta del disturbo. In tal caso è meglio intervenire prima con i farmaci e, quando i sintomi sono regrediti, iniziare il lavoro psicologico.

Per meglio comprendere la differenza tra l'intervento con i farmaci e quello con la psicoterapia, possiamo utilizzare l'esempio di ciò che avviene nel nostro organismo quando abbiamo la febbre. Essa è il segnale che il corpo si sta difendendo da un qualche attacco esterno, batterico o virale. Se la febbre è alta è necessario utilizzare gli antipiretici, tenendo però presente che il sintomo febbre è solo un segnale e che bisogna indagare sul tipo di attacco che il nostro organismo sta subendo per una cura più mirata.

Allo stesso modo, quando sono presenti sintomi psichici invalidanti, è utile l'uso degli psicofarmaci, tenendo sempre presente che i sintomi sono il segnale della presenza di un qualche tipo di conflitto interno che deve esser individuato utilizzando lo stru-

mento psicoterapeutico.

Per esemplificare quanto detto, vediamo un caso clinico.

Laura è una donna di 42 anni, sposata, senza figli, che chiede una consulenza a causa della presenza di sintomi della serie ansiosa. L'esordio dei disturbi risale a circa due anni prima ed è stato improvviso e drammatico: alla guida della sua vettura, al ritorno a casa dal lavoro, ha cominciato ad accusare improvvisa tachicardia, nodo in gola, senso di soffocamento, formicolio al braccio sinistro, sdoppiamento delle immagini visive, sudorazione profusa, sensazione di svenimento. E' riuscita ad accostare l'auto, ha chiesto aiuto ed è stata accompagnata al Pronto Soccorso dove sono stati eseguiti i controlli del caso che hanno escluso la presenza di un disturbo organico. E' stata quindi dimessa con diagnosi di Attacco di Panico e l'indicazione terapeutica di un ansiolitico da assumere per due settimane. Il suo medico di base ha confermato diagnosi e terapia. Laura ha eseguito la prescrizione e si è ripresa nel giro di poche settimane, durante le quali è stato presente soprattutto la paura del ripetersi della crisi. Così non è stato e, con il trascorrere del tempo, l'episodio è stato dimenticato.

Dopo circa sei mesi si è però verificata un'altra crisi che Laura ricorda ancora più violenta della prima. Anche in questo caso stava guidando quando improvvisamente si sono manifestati tutti i sintomi della prima volta, accompagnati dalla sensazione del pericolo di morte imminente.

Un nuovo ricovero al Pronto Soccorso e di nuovo la diagnosi di Attacco di Panico.

“Da allora, dice Laura, la mia vita è stata sconvolta”. La giornata è dominata da un continuo stato d'ansia per la paura che la cri-

si possa ripetersi, non riesce più a stare da sola ed è necessaria la continua presenza di una persona di fiducia, non riesce più a guidare l'auto, interrompe l'attività lavorativa. Dal momento che i sintomi non regrediscono, viene consultato uno psichiatra che conferma la diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico e prescrive una terapia con un ansiolitico ed un antidepressivo del gruppo SSRI. Nel giro di circa due mesi i sintomi regrediscono e Laura può riprendere il proprio lavoro.

Il recupero è buono, l'ansia nettamente ridotta, non si verificano altri attacchi di panico. Continua ad assumere farmaci per circa un anno, dopodiché lo psichiatra le dà indicazioni di iniziare a ridurre la dose dell'ansiolitico e dell'antidepressivo. Laura però si rende conto di avere sviluppato una dipendenza psicologica dai farmaci che nei mesi precedenti avevano dimostrato la loro efficacia nel controllare i sintomi.

E' troppo grande la paura che, come già avvenuto in precedenza, senza alcun apparente motivo, si possa scatenare una nuova crisi. Non rispetta quindi le indicazioni e continua ad assumerne la stessa quantità. Resta comunque l'incomprensibilità di quanto successo: perché queste crisi che non riesce minimamente a controllare? Perché si scatenano in maniera così violenta ed improvvisa? Possibile che abbiano un'origine solo psicologica?

Per rispondere a queste domande Laura inizia una psicoterapia. Gli elementi salienti della sua storia personale sono i seguenti. Secondogenita, nasce 12 anni dopo il fratello. Il padre e la madre sono entrambi insegnanti. Descrive la vita familiare come molto serena, supportata dal forte legame affettivo che i genitori avevano tra di loro. Molto buono è anche il ricordo relativo al rapporto

con il fratello. Lei era la più piccola e da tutti coccolata e vezzeggiata. L'infanzia e l'adolescenza sono ricordati come periodi molto belli e sereni. Conseguita la maturità classica, inizia il corso di laurea in architettura dove, all'età di 20 anni, conosce Andrea. Si innamorano e si sposano quattro anni dopo.

Descrive il marito come forte, molto sicuro di sé, intelligente. E' una persona che le dà sicurezza e protezione. Il rapporto matrimoniale si rivela come la prosecuzione dell'ambiente sereno dell'infanzia e dell'adolescenza.

Andrea intraprende la libera professione e, grazie alle sue doti, presto raggiunge un buon successo lavorativo. Anche Laura inizia a lavorare presso uno studio di architettura, ma la sua dedizione ed il suo impegno non sono pari a quelli del marito. Del resto i suoi progetti di vita sono più orientati nell'ambito familiare: sceglie infatti un orario di lavoro ridotto, rifiuta posizioni lavorative con responsabilità ed impegno eccessivi, ha un forte desiderio di maternità che spera di realizzare al più presto.

I ruoli all'interno della coppia, nel corso del tempo, si definiscono come segue: Andrea si configura sempre più come quello sicuro, di successo, dedito al lavoro, un uomo forte su cui potere fare affidamento e che nelle decisioni importanti ha sempre l'ultima parola. Laura invece investe poco all'esterno della coppia, si occupa dell'andamento della casa, si prepara al suo futuro ruolo di madre. Andrea riveste quindi il ruolo di uomo-padre mentre Laura quello di donna-bambina tendenzialmente passiva, bisognosa di una figura forte di riferimento e che s'identifica con il ruolo materno.

Ma la tanto desiderata gravidanza tarda ad arrivare e gli esami di

controllo evidenziano un problema di sterilità della coppia. Laura pensa ad un'adozione, ma Andrea si oppone e l'ipotesi viene accantonata. La frustrazione del desiderio di maternità determina un periodo critico e solo dopo molto tempo si rassegna all'impossibilità di avere figli.

Mentre Andrea prosegue la realizzazione del suo successo professionale, che peraltro comporta un impegno sempre maggiore in termini di ore di lavoro, Laura si deve confrontare con la sua nuova realtà. Accetta quindi la proposta di lavorare a tempo pieno, investe di più nell'attività lavorativa e scopre in se stessa una vena creativa da cui trae gratificazione e per la quale viene apprezzata dai colleghi.

Dopo circa un anno riceve un'importante proposta di lavoro: le viene offerta l'opportunità di occuparsi di un settore specifico di una casa di moda che possiede negozi su tutto il territorio nazionale. Da un lato è spaventata per l'impegno e la responsabilità, dall'altro è tentata di accettare. Andrea prende posizione perché Laura rifiuti l'offerta: dal suo punto di vista l'impegno sarebbe troppo oneroso e comporterebbe frequenti e lunghe trasferte. Laura alla fine rifiuta la proposta e mantiene il suo precedente lavoro. Il periodo che segue è difficile e caratterizzato da malumore, nervosismo e tensione all'interno della coppia. Laura ritiene Andrea responsabile della sua rinuncia all'opportunità professionale che le si era presentata così come lo ritiene responsabile della frustrazione del suo desiderio di maternità. Poco per volta l'equilibrio precedente della coppia viene messo in discussione: non riconosce più al marito il ruolo di figura guida e lei stessa non si riconosce più in quello di moglie-bambina bisognosa di essere guidata,

anche se non sa in quale altro ruolo riconoscersi. Sente crescere dentro una rabbia sempre più intensa contro se stessa, il marito, il mondo e spesso scivola verso il vittimismo o un sentimento di impotenza. Laura ha poca dimestichezza con la rabbia, non avendola sperimentata nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza né nei primi anni di matrimonio e non sa quindi come rapportarsi ad essa in modo da incanalarla verso azioni e comportamenti attivi e costruttivi.

In questa condizione di malessere generale s'inseriscono gli attacchi di panico. Essi costituiscono il segnale della presenza del disagio interno di Laura, della parte di lei che non accetta rassegnazione, impotenza e vittimismo, ma che, se riconosciute, possono essere la fonte cui attingere l'energia necessaria per modificare le sue condizioni di vita, evitando di colpevolizzare chi le sta intorno e assumendo su di sé la responsabilità delle sue scelte e della sua esistenza.

Laura deve però diventare cosciente dei meccanismi interni che determinano, senza che lei lo sappia, i suoi comportamenti e le sue azioni e per raggiungere tale scopo è necessario che intraprenda, attraverso una psicoterapia, un "viaggio" all'interno di sé. Il caso di Laura è esemplificativo della diversità, ma anche della complementarità dell'intervento farmacologico e di quello psicoterapeutico.

Quando i sintomi raggiungono una gravità tale da compromettere la vita relazionale, sociale e lavorativa, i farmaci consentono, nel giro di poche settimane, di ottenere la riduzione della sintomatologia e la possibilità di normalizzare i vari aspetti della propria vita.

Resta il fatto che nel caso di Laura, così come in quelli precedentemente descritti, affidarsi esclusivamente ai farmaci vuol dire intervenire solo sui sintomi e soprattutto non intaccare le fonti da cui prendono origine, cosa che lascia spazio ad una loro successiva ricomparsa.

La psicoterapia è invece lo strumento che consente di giungere alle radici del malessere e che pone quindi le condizioni per la risoluzione definitiva dei conflitti che stanno alla base dei sintomi.

Quanto dura una psicoterapia?

La durata della psicoterapia è spesso motivo di preoccupazione da parte di chi decide di iniziarla ed è frequente la richiesta di informazioni al terapeuta sull'argomento nel corso del primo incontro. La risposta è di solito poco soddisfacente perché ci si aspetta un tempo preciso in termini di settimane o di mesi. Il fatto è che il terapeuta è in grado di fornire solo risposte orientative perché, nel determinare la durata di un trattamento, entrano in gioco fattori che sono solo in parte prevedibili.

Può verificarsi il caso che una richiesta di consulenza mirata su un tema specifico, ad esempio una crisi coniugale, la cui durata può essere prevista in un numero limitato di sedute, si trasformi nell'attivazione di un lavoro di ricerca su di sé che il paziente decide di percorrere fino in fondo e che dura molto di più di quanto preventivato.

Così come può succedere che il paziente inizi con lo scopo dichiarato di fare una psicoterapia del profondo, della durata prevedibile di molti mesi, ma che ad un certo punto la presenza di resistenze difficilmente superabili determini la stagnazione e quindi

l'interruzione del lavoro.

In generale si può dire che una psicoterapia è un lavoro di ricerca impegnativo, dispendioso in termini di tempo, energia e denaro, che non accetta superficialità o mediocrità e quindi non può essere veloce. Del resto il suo obiettivo è ambizioso: si tratta di penetrare in meccanismi psichici complessi e in sistemi difensivi di solito molto strutturati, allo scopo di mettere in moto un processo di trasformazione e di maturazione della personalità globale.

E' comunque ragionevole mettere in conto, per una psicoterapia, un periodo di tempo di uno/due anni, con incontri a frequenza monosettimanale.

Sono necessari decenni per dare forma ad una struttura psichica e non è possibile apportare ad essa le necessarie modifiche nel giro di poche settimane.

Età e psicoterapia

Come detto nei capitoli precedenti, la psicoterapia è un lavoro di ricerca psicologica, un viaggio all'interno di sé che ha lo scopo di aumentare il livello di conoscenza dei propri meccanismi interni e di risolvere i conflitti da cui prendono origine i sintomi. Non esistono quindi limiti relativi all'età per attivare tale processo che può essere iniziato in ogni fase della vita. Naturalmente è probabile che siano diverse le problematiche che emergono durante una psicoterapia di un paziente giovane rispetto a quelle di un paziente in età avanzata.

Nel primo caso saranno affrontati in prevalenza problemi relativi al rapporto con le figure genitoriali, al binomio dipendenza/autonomia e alla sua ambivalenza, all'inserimento nel mondo del

lavoro e alla costituzione di un proprio nucleo familiare. Nel secondo invece, avendo ormai realizzato gli scopi biologici della vita, risulteranno in primo piano aspetti “spirituali”, legati alla ricerca del senso dell’esistenza.

L’autoanalisi

La psicoterapia è un viaggio da effettuare in due, paziente e psicoterapeuta, il compagno di viaggio, e non è possibile fare il cammino da soli.

Sarebbe infatti necessario superare ostacoli insormontabili, rappresentati dai meccanismi inconsci che non possono essere affrontati utilizzando gli strumenti a disposizione della coscienza.

Ricordo il caso di Giacomo, un giovane studente universitario di Filosofia che aveva chiesto un consulto per la presenza di un disturbo di tipo fobico: non riusciva a prendere l’ascensore né a stare in luoghi chiusi. Era molto arrabbiato con se stesso perché aveva fatto uno studio approfondito sui meccanismi che governano la nostra psiche. Aveva letto tutte le opere di Freud, ne aveva sintetizzato i concetti principali, riempiendo cinque grossi quaderni di appunti, sapeva tutto, ma il disturbo non accennava a diminuire. Il problema è che la conoscenza razionale dei meccanismi psichici può essere un punto di partenza per il lavoro psicologico, ma le componenti emotive e la collocazione nella storia personale soggettiva risiedono nella parte inconscia della personalità e non sono quindi accessibili utilizzando gli strumenti della razionalità.

Nel caso di Giacomo era attivo un problema di dipendenza dalla figura materna, cosa che peraltro determinava in lui seri problemi

nel rapporto con le ragazze che liquidava come attribuibili semplicemente alla sua timidezza. A livello cosciente non avvertiva la presenza di questo problema, ma il legame con la madre limitava la sua libertà d'azione e di relazione ed esprimeva la sua presenza producendo sintomi claustrofobici.

Giacomo però non poteva giungere a questa consapevolezza da solo, attraverso le letture, perché la strada d'accesso alle sue dinamiche inconsce era sbarrata da meccanismi psichici inconsci quali la rimozione, la negazione e le resistenze.

L'aiuto del "compagno di viaggio", che conosce questi meccanismi e le loro dinamiche, si rende quindi necessario per poter avere accesso alla propria vita interiore.

Le paure dell'inizio

L'inizio di una psicoterapia è spesso accompagnato da alcune paure variabili d'intensità e dipendenti dalle informazioni in possesso del paziente. Accenniamo alle più frequenti.

Paura della durata. Se ne è già parlato in un precedente paragrafo. Aggiungiamo che spesso tale paura è legata ad una forma di resistenza e che, con il progredire del lavoro terapeutico, tende a scomparire e a lasciare il campo alla scoperta delle proprie risorse interiori.

Paura della dipendenza. E' spesso presente il timore dell'instaurarsi di un legame di dipendenza dallo psicoterapeuta e/o dalla psicoterapia tale da rendere difficile il successivo distacco. Questa paura è basata su informazioni che tendono a presentare il lavoro di ricerca su se stessi esclusivamente legato alla figura del terapeuta o all'ambito in cui la terapia si svolge.

E' opportuno tenere presente che uno degli scopi principali della psicoterapia è la conquista dell'autonomia personale e quindi il superamento di legami di tipo dipendente. Durante la psicoterapia è fisiologica la presenza di una fase in cui il rapporto con il terapeuta assume carattere di dipendenza, ma si tratta di un passaggio tanto obbligato quanto transitorio nel cammino verso l'autonomia.

Bisogna inoltre tenere presente che il dialogo con il proprio inconscio non si esaurisce nel corso della psicoterapia, ma ciò che avrà termine è la fase in cui è necessaria la mediazione del terapeuta. Infatti, durante il lavoro terapeutico, il paziente acquisisce la conoscenza dei propri meccanismi interiori e gli strumenti che consentiranno di continuare a lavorare su se stesso anche dopo la fine della relazione con il terapeuta.

Paura del cambiamento. Per alcuni versi, questa paura è paradossale in quanto il cambiamento è ciò che il paziente chiede di ottenere attraverso la psicoterapia.

L'utilizzo della metafora delle stampelle può essere utile per spiegare questa contraddizione.

Chi ha imparato a camminare utilizzando per molti anni le stampelle da un lato ha il desiderio di liberarsene, ma dall'altro teme di non poterne fare a meno. Fuori metafora, chi si è adattato al mondo esterno e interno utilizzando meccanismi di tipo nevrotico, da un lato ne avverte il peso, ma dall'altro essi rappresentano il "noto" e quindi il certo. Un tipo di adattamento diverso, senza quei meccanismi, appartiene al mondo del "non noto", dell'incerto e quindi può essere oggetto di desiderio, ma anche di paura.

Paura della scoperta dei "mostri". Questa paura è figlia di una

concezione riduttiva dell'inconscio in base alla quale esso è solo contenitore di quegli aspetti della nostra personalità che vengono rimossi a causa della loro connotazione negativa. E' una visione parziale oltre che paurosa perché non tiene conto delle potenzialità positive ed inesprese che sono presenti nell'inconscio e alle quali sarà possibile accedere attraverso il lavoro psicoterapeutico. E' inoltre da tenere presente che quando ci si avvicina a ciò che non si conosce con un atteggiamento di paura, ciò che è sconosciuto può assumere le caratteristiche di mostro terrifico. E' solo attraverso la luce della conoscenza che i vari aspetti della personalità possono acquisire le loro reali dimensioni e caratteristiche.

Paura di non essere all'altezza. A volte è presente, in pazienti con un livello basso di autostima, la paura di non essere in grado di svolgere il lavoro psicoterapeutico a causa di una presunta scarsa intelligenza o di un basso livello culturale. Anche questa paura è però fuori luogo perché la buona riuscita del lavoro di ricerca su di sé non è legato al livello intellettuale né a quello culturale, ma alla sensibilità personale e alla capacità d'introspezione.

Paura della distruzione. Nasce dal ritenere che il lavoro psicoterapeutico consista prima nel demolire la struttura della personalità esistente e successivamente operare la ricostruzione sulle sue macerie. Da questa paura possono derivare timori per la stabilità del proprio rapporto affettivo o per la propria fede religiosa o per scelte importanti già effettuate che si teme di scoprire non autentiche. In realtà la psicoterapia non ha lo scopo di distruggere quanto esiste, ma d'individuare e correggere le distorsioni presenti nel rapporto con se stessi e con gli altri e operare un'integrazione delle parti inconscie, al fine di raggiungere una maggiore comple-

tezza ed autenticità.

Claudia è un donna di 30 anni che chiede un consulto perché sta attraversando un periodo di profonda crisi. Dice di trovarsi in una situazione che non avrebbe mai pensato di vivere che le genera uno stato d'intenso malessere. E' sposata da cinque anni e ha due figli, uno di quattro e l'altro di due anni. Lavora come impiegata e, da qualche mese, ha iniziato una relazione con un collega di lavoro. Dice che la cosa è iniziata quasi senza rendersene conto e l'ha comunque coinvolta.

Vive nel terrore di essere scoperta ed è divorata dai sensi di colpa nei confronti del marito e soprattutto dei figli. E' giunta al limite della sopportazione e per questo chiede aiuto. E' molto presente in Claudia la paura che il lavoro psicoterapeutico e le scoperte che comporterà possano portare alla distruzione del suo matrimonio. Del resto è anche vero che un qualche tipo di problema è presente nel rapporto con il marito e la relazione extraconiugale ne è la testimonianza. E' probabile che lei abbia cercato la soluzione all'esterno della coppia, ma è certamente questo spostamento e questo tipo di comportamento che è distruttivo per la sua vita matrimoniale.

Attraverso il lavoro psicoterapeutico Claudia potrà essere aiutata ad individuare i nuclei problematici del suo matrimonio, le sue insoddisfazioni all'interno di esso, le responsabilità del marito, ma anche le sue e potrà fare uso di tali conoscenze per attivare all'interno della coppia quel dialogo, da tempo interrotto, che comporterà la ricerca delle soluzioni all'interno di essa.

Il “vis a vis”

Durante il lavoro psicoterapeutico il paziente siede di fronte al terapeuta, “vis a vis” e la posizione del paziente sdraiato sul divano con il terapeuta seduto alle sue spalle viene utilizzata solo saltuariamente o in particolari fasi della terapia, sempre comunque proposta al paziente e con lui concordata.

La posizione sdraiata comporta una più libera espressione del materiale inconscio e può rappresentare un vantaggio per il paziente nel parlare di argomenti che troverebbe imbarazzante affrontare guardando in faccia il terapeuta.

Presenta però anche una serie di svantaggi, ad esempio rischia di determinare episodi regressivi indesiderabili o lo sviluppo di forti sensi di sottomissione, dipendenza e vulnerabilità.

La posizione vis a vis è sicuramente più paritaria ed aiuta il paziente a ricostruire la sua capacità di relazioni e altre funzioni dell’Io, quali l’esame di realtà e il contatto con la realtà. Lascia al tempo stesso ampia possibilità all’emergere e all’analisi di materiale regressivo, con un maggiore rispetto dei tempi di maturazione dell’Io.

Sandra è una giovane donna di 28 anni che inizia una psicoterapia per la presenza di sintomi di tipo depressivo e crisi d’ansia. E’ inoltre molto disturbata da un problema relativo alla sua vita coniugale: è sposata da cinque anni e, da circa un anno, ha iniziato a manifestare un’intensa gelosia nei confronti del marito. Da qualche mese è ossessionata dal pensiero che lui frequenti altre donne e a nulla valgono rassicurazioni o verifiche, con esito negativo, fatte per controllare la sua fedeltà. La gelosia si presenta con una forza violenta che non riesce a controllare e il marito è

al limite della sopportazione, tanto da minacciare la fine del loro matrimonio.

Sandra ha già intrapreso un lavoro di tipo psicoterapeutico tre anni prima per la presenza di sintomi analoghi, anche se meno violenti, ma l'aveva interrotta dopo circa tre mesi. Si era verificato che all'inizio la posizione era "faccia a faccia", ma dopo poco tempo il lavoro aveva subito un rallentamento a causa della presenza di resistenze. Per favorirne il superamento, il terapeuta le aveva proposto di assumere la posizione distesa sul lettino. Sandra però non aveva tollerato la nuova collocazione in quanto si erano presentate fantasie nei confronti del terapeuta, collocato alle sue spalle. Immaginava di essere aggredita o, al contrario, aveva fantasie aggressive nei confronti del terapeuta stesso. Si era molto spaventata per la loro violenza, per il fatto di non riuscire ad operare alcun tipo di controllo su di esse e aveva quindi interrotto la terapia.

Dal racconto delle sue vicende familiari, emerge un rapporto molto problematico con il padre. Nei ricordi dell'infanzia e dell'adolescenza sono presenti frequenti litigi tra i genitori, legati al fatto che il padre era molto poco presente a casa e spesso trascorrevano fuori le notti, motivando la cosa con impegni di lavoro.

Era invece certa che intrattenesse altre relazioni ed in seguito si è scoperto che da una di queste era nato un bambino. Si tratta di ricordi ancora adesso molto carichi di sofferenza, da cui si è sviluppata una forte carica aggressiva che non ha preso la via della coscienza, ma ha comunque causato molte interferenze nel rapporto con i ragazzi. E' molto probabile che questa sia l'origine del suo malessere e dei problemi con il marito. Sandra deve

quindi elaborare l'aggressività presente dentro di lei e renderla più accessibile alla coscienza in modo che non si manifesti prevalentemente in forma di sintomi.

Data però l'intensità dell'aggressività, è necessario un avvicinamento lento e progressivo ad essa, rinforzando nel contempo le strutture dell'Io in modo da poterne tollerare l'urto. E' probabile che nel corso della prima psicoterapia la posizione sul divano, che favorisce la regressione e quindi la più facile emersione di materiale inconscio, abbia determinato una velocità eccessiva del processo e abbia fatto emergere quote troppo intense di aggressività. L'Io non era ancora sufficientemente forte da poterle contenere e da qui l'interruzione del lavoro terapeutico.

Decisioni importanti durante la psicoterapia

Spesso l'inizio di una psicoterapia avviene in una fase in cui il paziente è in uno stato di estrema confusione a causa di situazioni contingenti. Il più delle volte si tratta di problemi di natura sentimentale che coinvolgono anche altre persone e che si sono spinte fino al livello d'intollerabilità.

La sofferenza che tali situazioni determinano può raggiungere livelli d'intensità tali da spingere a compiere degli "agiti", cioè a prendere una decisione, una qualunque, pur di porre termine al malessere.

Sarebbe però un errore cedere, almeno all'inizio del lavoro terapeutico, a questo tipo di tentazione. E' opportuno infatti non prendere decisioni, specie quando rivestono una grande importanza per la vita attuale o futura della persona, fino a quando si abbia un quadro più chiaro delle motivazioni, coscienti ed inconscie, del

conflitto in atto.

E' quindi necessario tollerare la sofferenza ed utilizzarla come spinta propulsiva al lavoro di ricerca psicologica, resistendo alla tentazione di decidere qualunque cosa, "purché finisca".

Una decisione di questo tipo difficilmente può avere caratteristiche di autenticità e, anche se inizialmente può alleviare il malessere, corre il rischio di essere pagata, in futuro, ad un prezzo ancora maggiore.

Giovanni è un uomo di 35 anni, imprenditore edile, che vive con i genitori. Decide di iniziare una psicoterapia perché sta vivendo una fase difficile della sua esistenza. Da circa due anni frequenta una ragazza sua coetanea, hanno deciso di sposarsi, hanno anche acquistato ed arredato la loro futura casa e le nozze sono state fissate a distanza di tre mesi.

Da quando però è stata presa la decisione ha cominciato a sviluppare un disturbo di tipo depressivo, all'inizio non grave, ma che si sta progressivamente intensificando. Comincia quindi ad avere dubbi sui sentimenti provati nei confronti della futura moglie, sull'opportunità di portare avanti il progetto matrimoniale, ma si rende anche conto che si tratta della ripetizione di quanto già verificatosi circa cinque anni prima. Anche allora era arrivato sul punto di sposarsi, ma anche allora la decisione gli aveva provocato un'intensa reazione emotiva e la comparsa di sintomi depressivi. All'epoca aveva interrotto la relazione e rinunciato ai progetti matrimoniali, pur non riuscendo ad individuare una motivazione precisa nella relazione con la fidanzata.

Anche attualmente la tentazione è analoga: vive il suo malessere come molto intenso, lo attribuisce alla scelta matrimoniale e

quindi ritiene che sospendere il tutto lo farà stare meglio.

E' però molto legato all'attuale compagna e i dubbi non riguardano il sentimento nei suoi confronti, ma qualche sua problematica interna, di cui non è consapevole e che agisce producendo il malessere.

Giustamente decide di intraprendere una psicoterapia, allo scopo di individuare i conflitti interni che si attivano quando si accinge ad instaurare una relazione adulta che lo porterà ad una vita autonoma e distaccata dalla famiglia di origine.

Deve però resistere alla duplice tentazione da un lato d'interrompere la relazione, come avvenuto la prima volta, e dall'altra di mettere a tacere il malessere solo assumendo farmaci.

La decisione saggia è quindi di procrastinare la decisione, reggere la tensione che ciò comporta, rendere partecipe la fidanzata del suo stato di confusione emotiva personale, rinviare di un certo periodo la data delle nozze e darsi il tempo d'individuare all'interno di sé quei nuclei problematici da cui tutto ha origine.

E' quindi sconsigliabile prendere decisioni importanti durante una psicoterapia, perlomeno nelle sue fasi iniziali, in quanto le scelte sono influenzate da conflitti ancora attivi. E' più opportuno aspettare che i nodi interni comincino a sciogliersi e che a decidere sia l'Io cosciente, volontario, razionale, non diretto da false motivazioni.

L'inizio della psicoterapia

di Monica Giuliacci

Contatto telefonico e appuntamento - Il setting - Il terapeuta - Obiettivi del primo colloquio - La paura del paziente e la motivazione al trattamento - La fiducia - Il contratto terapeutico

Contatto telefonico e appuntamento

Il biglietto da visita è appoggiato lì, sul tavolo in salotto, da giorni ormai. Nome e cognome, numero di telefono e poi quella specializzazione, psicoterapeuta, che solo a dirla mette un po' in ansia. Il medico che l'ha consigliato ha garantito che è una persona disponibile, ma allora come mai, quando si sta per comporre il numero di telefono, ci si ricorda di quell'impegno improrogabile o si sente di dover andare a fare la spesa, pulire casa o che comunque non è il momento adatto? Si prova, quindi, a darsi delle scadenze: "Se entro un mese sto ancora così lo chiamo", o addirittura il bigliettino viene accidentalmente perso e risulta impossibile recuperare il nominativo suggerito.

Queste "resistenze" che nascono nel paziente prima ancora di incontrare e di conoscere lo psicoterapeuta esprimono bene la difficoltà ad avvicinarsi anche solo con il pensiero ad un percorso psicoterapeutico.

Un nome e cognome scritti su un biglietto permettono di sapere se il nostro interlocutore sarà un uomo o una donna, ma lasciano ampio spazio a tutta una serie di fantasie: sarà giovane o vecchio, distaccato e freddo o affabile ed accogliente, elegante o alla mano? Ci si costruisce, insomma, un'immagine mentale di questo "sco-

nosciuto” che si occuperà assieme a noi del nostro malessere per un periodo di tempo non ben definito della nostra vita. Ciò è sufficiente a spiegarci perché una semplice telefonata risulti a volte così laboriosa.

Superato comunque questo primo ostacolo avviene finalmente il contatto. Nel corso della prima telefonata è possibile che vengano richieste le ragioni che hanno spinto quella persona a rivolgersi ad uno specialista, la sintomatologia che l’affligge e la modalità attraverso cui è stato raggiunto quel dottore nello specifico. Dopodiché, se il terapeuta ritiene di potersi fare carico della situazione, fisserà un appuntamento per un primo colloquio.

Pietro è un ragazzo di trentaquattro anni che mi contatta telefonicamente dopo aver avuto il mio numero da un collega medico a cui si era rivolto, in seguito a due episodi di attacchi di panico. Lega gli attacchi di panico alla rottura con la fidanzata, avvenuta poco tempo prima. Mi dice che vorrebbe iniziare un percorso psicologico “per riprendersi” dalla separazione.

Concordiamo il primo appuntamento per iniziare al più presto la psicoterapia.

Durante il primo colloquio Pietro ribadisce che per lui la spiegazione del suo star male è legata al fatto di essere stato lasciato dalla fidanzata, ma nel corso del colloquio emergono eventi di vita passati che fanno presupporre problematiche irrisolte rispetto ad altri ambiti della sua vita.

Pietro, alcuni anni prima, in seguito ad un incidente stradale, aveva subito un periodo di immobilità seguito da una lenta ripresa delle proprie attività. Prima dell’incidente si definisce un ragazzo estremamente attivo in ogni ambito della sua vita (viaggi,

sport, amicizie...) e questo trauma lo ha limitato successivamente, senza reali problematiche fisiche conseguenti all'incidente.

Racconta inoltre di non essere soddisfatto della sua attività. Lavora con il padre nella ditta di famiglia e si sente controllato in modo eccessivo dalla figura paterna.

Vive ancora in famiglia pur essendo economicamente indipendente, ma esplicita, in seduta, il desiderio di costruirsi la propria vita fuori dal nucleo familiare d'origine, percependo controllo e limiti eccessivi anche in tale contesto.

La fine del rapporto con la fidanzata ha rappresentato per lui anche la perdita dell'unico spazio di indipendenza rispetto alla famiglia.

Gli suggerisco di effettuare una visita psichiatrica per valutare la necessità di un sostegno farmacologico che gli permetta di contenere i sintomi e di affrontare meglio il lavoro psicoterapeutico. Tale percorso lo porterà alla consapevolezza del proprio disagio psichico e all'acquisizione degli strumenti necessari ad affrancarsi dal legame con la famiglia anche attraverso una maggiore autonomia in ambito lavorativo.

E' importante sottolineare che può capitare che non sia il diretto interessato a contattare il terapeuta: può essere una moglie preoccupata che chiede un appuntamento per il marito o una madre per il figlio ecc. E' buona prassi che il terapeuta non accordi, se non in situazioni particolari, l'appuntamento in quanto questa modalità potrebbe essere di ostacolo all'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica. Inoltre, accordarsi direttamente con il paziente dà una prima idea del grado di motivazione alla terapia e permette al paziente stesso di sentirsi fin dall'inizio protagonista di questo

spazio riservato esclusivamente a lui.

Infine, per etica professionale, un terapeuta non potrà e non dovrà per nessun motivo prendere in carico parenti, neanche di grado lontano, amici, conoscenti, né persone con le quali esistano rapporti antecedenti la terapia. Le implicazioni di una scelta del genere andrebbero ad intaccare l'intero percorso terapeutico, in quanto si alimenterebbero inevitabilmente timori di "fughe di notizie" e ciò impedirebbe l'instaurarsi di un rapporto terapeutico basato sulla fiducia e sulla libertà di espressione.

Il setting

La sede del colloquio potrà essere uno studio privato presso l'abitazione del terapeuta, un Centro privato all'interno del quale egli svolge la propria attività assieme ad altri colleghi o un contesto pubblico. In quest'ultimo caso non ci si deve lasciare spaventare dalle "etichette" che connotano i Servizi, quali: Centro di Salute Mentale, Centro di Igiene Mentale, Servizio di Psicologia, ecc.

Trattandosi, inoltre, di Servizi che si occupano di un'utenza che abbraccia tutta la sfera del disagio psichico, dai disturbi psicotici a quelli nevrotici, ci si trova spesso in ambienti poco "accoglienti". In alcuni casi, purtroppo, ciò funziona da deterrente.

A volte l'impatto con l'ambiente pubblico in cui si viene ricevuti è tale da precludere l'avvio di un percorso terapeutico. Il timore è spesso quello di essere connotati negativamente e di entrare a far parte di una categoria d'utenza alla quale non ci si sente di appartenere.

"L'infermiere all'accoglienza è stato scortese, inoltre ho aspettato in corridoio seduta vicino a tutti quei matti... Non fa per me,

io non ho bisogno dello psicologo, io non sono mica come loro!”

Ci si sente, insomma, pazienti “gravi” perché si frequenta quel determinato Servizio o “non sufficientemente gravi” da doverlo frequentare.

In questo modo si corre il rischio di non riconoscere la professionalità di coloro che vi lavorano, cadendo nei facili luoghi comuni che accomunano il servizio pubblico all’idea di non affidabilità, anche se vale il detto “l’abito non fa il monaco”. La validità di un professionista non si misura certo dall’arredamento del suo studio, ma dalla sua capacità di comprendere ed entrare in relazione con il paziente, cose che prescindono dall’ambiente in cui lavora. Ovviamente ciascuno di noi deve essere libero di scegliere il contesto, pubblico o privato, nel quale sentirsi accolto e seguito nel migliore dei modi, individuando la risorsa sul territorio più adatta in termini di serietà, di fiducia e, non ultimo, della proprie possibilità economiche. Apparirà una considerazione banale, ma è importante affrontare l’impegno di un percorso psicoterapeutico avendo ben chiare le proprie risorse economiche e scegliendo di conseguenza la situazione terapeutica più adatta, senza correre il rischio di dover interrompere un percorso troppo oneroso da sostenere.

Tornando al “setting” del primo colloquio, solitamente si cerca di creare un ambiente accogliente, raccolto e silenzioso.

A seconda dei contesti e dell’orientamento del terapeuta, potremmo trovarci in una stanza con un lettino e una poltrona, oppure con due poltrone disposte vis-a-vis o ancora una scrivania con due sedie, più frequente nei contesti pubblici, in quanto la stessa stanza è spesso condivisa da più colleghi.

Il terapeuta cercherà di ridurre il più possibile qualsiasi interferenza esterna che possa creare interruzioni o situazioni di disturbo allo svolgimento del colloquio: telefonate, incursioni di colleghi ecc. Si ha del tempo a disposizione, dai 45 ai 50 minuti, che va rispettato e nel corso del quale il paziente dovrebbe ricevere la sensazione di essere compreso e accolto da chi lo ascolta.

Il terapeuta

Può capitare che venga suggerito un nominativo dal medico di base, dallo psichiatra o da qualcuno che “ne ha sentito parlare bene”. Altre volte ci si trova ad affrontare la ricerca di un terapeuta senza la minima idea di “chi” si stia cercando.

Il prerequisito fondamentale è che sia uno specialista regolarmente iscritto all’Albo, a tutela del paziente e a garanzia della serietà e della preparazione del terapeuta.

La specializzazione scelta nel percorso di studi, che è diritto del paziente poter conoscere, indirizza nella scelta tra un terapeuta ad orientamento cognitivo, per esempio, uno sistemico-relazionale o un comportamentista.

L’orientamento di cui trattiamo in queste pagine è di tipo psicodinamico ed è a esso che facciamo riferimento quando parliamo di setting, formazione del terapeuta ecc.

Un’altra caratteristica che non va trascurata, al momento della scelta, è il sesso del terapeuta.

Quando immaginiamo un colloquio psicologico, viene in mente un uomo anziano con la barba seduto di fronte, rassicurante come un padre oppure una ragazza giovane, con la quale pensiamo di provare meno soggezione? La nostra storia di vita ci aiuterà a

dare una risposta, anche se sovente capiamo che è indifferente; conta cosa si prova al primo colloquio.

Può accadere che il terapeuta ritenga di non potersi occupare di una data situazione o per mancanza di disponibilità di tempo (non si riescono a trovare un giorno ed un orario che garantiscano continuità al percorso per problemi lavorativi del paziente o impegni del terapeuta) o per il tipo di problematica da affrontare.

Ogni psicoterapeuta matura nel corso degli anni la capacità di individuare i casi con cui sente di poter avviare un buon percorso e quelli per cui sarebbe più corretto l'invio ad un collega. La storia personale del terapeuta, il ciclo di studi intrapreso, la specializzazione e l'esperienza fanno sì che alcune situazioni siano poco adatte ad essere seguite ed è responsabilità individuale riconoscerle e dirottarle ad un collega di fiducia. Appare irrealistico immaginare che uno psicoterapeuta sia in grado di "tollerare" allo stesso modo qualsiasi situazione gli si presenti in consultazione. Ognuno di noi ha una propria struttura mentale, proprie caratteristiche, proprie idiosincrasie. Uno psicoterapeuta, come chiunque, si troverà umanamente più a suo agio a lavorare con una persona e meno con un'altra: poter valutare serenamente la propria tollerabilità al lavoro terapeutico con un determinato paziente è un fattore di professionalità oltre che di onestà.

Non ci si deve sentire quindi delle mosche bianche o dei casi incurabili se lo specialista consultato fornisce un altro nominativo: rientra nell'etica professionale ed è in ogni modo da considerarsi come un momento di aiuto e di approfondimento rispetto all'individuazione del terapeuta più adatto. Sarebbe inoltre più spiacevole avviare degli incontri per poi rendersi conto di non poter tenere

fedele all'impegno: questa situazione potrebbe essere vissuta come un abbandono e/o un rifiuto.

Esistono, quindi, delle condizioni facilitanti l'instaurarsi della cosiddetta "alleanza terapeutica", quel "feeling" che necessariamente si deve creare tra terapeuta e paziente affinché il lavoro psicoterapeutico sia produttivo e si traduca in una sensazione di fiducia e di rispetto reciproci.

L'incontro tra "quel" terapeuta e "quel" paziente, in conclusione, non è mai del tutto casuale.

Obiettivi del primo colloquio

Il primo colloquio è importante per il terapeuta in quanto offre la cornice entro cui inserire i problemi emotivi del paziente e formulare una prima ipotesi diagnostica. Primo e fondamentale scopo è quello di capire "chi è" il paziente e qual è la sua richiesta, più o meno esplicita. Il secondo è quello di farsi un'idea rispetto alla possibilità che la persona sia adatta al tipo di percorso terapeutico che gli viene proposto.

La raccolta anamnestica (vale a dire la storia di vita del paziente) rientra anch'essa tra gli obiettivi del primo colloquio; anche se tutta l'attenzione del terapeuta sarà rivolta a cogliere la realtà psichica ed emotiva di colui o di colei che gli siede di fronte oltre i dati oggettivi di realtà.

Ognuno di noi, se gli venisse richiesto di raccontare la propria storia, ne darebbe un'interpretazione molto personale, a volte distorta o incongrua rispetto ai fatti realmente accaduti; ma questa personalissima interpretazione della propria storia è la base necessaria per poter iniziare a comprendere come il paziente si

relaziona con il mondo esterno, come vive determinate situazioni, come “se le racconta”.

In psicoterapia si utilizzano due termini differenti per segnalare la discrepanza sopra citata: storia “raccontata” e storia “vissuta”. In seduta il terapeuta lavora inevitabilmente sulla storia raccontata dal paziente, ma nel corso del trattamento si approderà alla ridefinizione assieme al paziente di determinate situazioni di vita per lui particolarmente pregnanti, attraverso una co-costruzione (terapeuta e paziente lavorano assieme) di significati diversi e più autentici.

Tornando al colloquio, mentre il terapeuta si predispone ad un ascolto attento ed “attivo”, il paziente racconta qual è stata la motivazione che lo ha spinto a rivolgersi ad uno specialista e cosa si aspetta da questi incontri. In situazioni di sintomatologia in fase acuta, sarà cura del terapeuta suggerire la visita da un medico psichiatra prima di iniziare il percorso terapeutico. Lo psichiatra, in quanto medico specialista per i disturbi psichici, valuterà l'eventuale necessità di un trattamento farmacologico per diminuire l'intensità dei sintomi e permettere quindi al paziente di affrontare l'impegno di un percorso psicologico.

Oltre a definire la diagnosi, il terapeuta dovrebbe iniziare ad individuare, nel corso del primo colloquio, il contesto nel quale si inseriscono i problemi portati dal paziente.

Ognuno di noi è parte di una storia: la famiglia d'origine, le amicizie, l'ambiente scolastico, lavorativo, le relazioni amorose, i lutti, le separazioni ecc. E' proprio la nostra storia a renderci unici e irripetibili ed è attraverso essa che si snoda il percorso terapeutico. L'anamnesi, ossia la storia del paziente, rappresenta già l'inizio

del lavoro psicologico, attraverso l'esame dei contenuti coscienti. Ognuno di noi ha il proprio "modo" di affrontare i problemi che la vita pone ed è su queste specificità che si soffermerà l'attenzione del terapeuta, anche per valutare le risorse del paziente: un determinato tipo di trattamento viene quindi proposto in base alla struttura di personalità del paziente emersa nel corso del colloquio e alla problematica portata.

Dal primo colloquio bisognerebbe poter trarre un quadro generico del tipo di problematiche emotive del paziente e delle tensioni esterne ed interne che hanno fatto sì che i sintomi esplodessero proprio in quel dato momento. E' anche per questo motivo che il contesto di vita del paziente non è affatto trascurabile e permette, anzi, di comprendere meglio l'influenza che esercita sui suoi problemi emotivi, determinando fino a che punto le persone e le circostanze di vita saranno di ostacolo o di appoggio al trattamento.

La paura del paziente e la motivazione al trattamento

Per avviare un percorso terapeutico è necessaria una motivazione forte: bisogna essere disposti a mettersi in discussione.

Questo comporta il timore, da parte del paziente, di dover "cambiare" e di essere di conseguenza "obbligato" ad importanti sconvolgimenti nella propria quotidianità (separazioni, abbandoni, scelte lavorative drastiche), il che spesso induce a mettere in atto delle difese.

Il terapeuta deve avere ben presente la possibilità che si attivino quelle che in termini tecnici vengono definite "resistenze", perché, se ignorate, esse possono essere di ostacolo al trattamento. Indipendentemente dalle circostanze esterne a cui vengono attri-

buite, sono il riflesso di resistenze interiori che, se interpretate ed elaborate ai loro esordi, potranno essere utilizzate anch'esse come strumento di conoscenza.

A volte è il paziente stesso a nutrire timori e perplessità nei confronti della terapia, ma altre volte è l'interferenza di terzi (genitori, coniuge...) che rende difficile avviare il percorso.

Mariti che temono di poter essere lasciati in seguito alla terapia della moglie, madri ambivalenti che vorrebbero utilizzare il contesto terapeutico in modo manipolatorio per poter "plasmare" i figli attraverso la strumentalizzazione del terapeuta...

Ecco un esempio.

Il giorno prima di un appuntamento per un primo colloquio con una ragazza di 25 anni mi contatta la madre telefonicamente dicendomi che vuole parlarci dei motivi e dei "problemi" della figlia prima che io la veda.

La madre mi racconta di averla convinta a prendere un appuntamento con me perché nell'ultimo periodo ha notato un calo del rendimento universitario riflesso in alcuni voti mediocri agli esami.

La madre sostiene che il calo sia legato a "cause psicologiche...e ad un malessere" della figlia non ben definito.

Con fatica cerco di spiegare alla signora il motivo per cui è necessario che non ci siano comunicazioni di questo tipo tra me e lei né prima del colloquio con la figlia né successivamente, durante un eventuale percorso terapeutico.

Il giorno successivo la ragazza si presenta al colloquio in ritardo e appare subito a disagio, come in un "posto dove non dovrebbe essere."

Chiedo la motivazione che l'ha spinta a prendere un appuntamento e lei risponde: "Mia mamma vuole che vada dallo psicologo perché i miei voti all'università sono peggiorati..."

Domando cosa ne pensi lei e la risposta è: "Non credo mi serva uno psicologo, non saprei nemmeno di cosa parlare...ho solo più impegni al di fuori dell'università ; mi sono anche fidanzata e faccio fatica a trovare un nuovo equilibrio tra i vari spazi per fare tutto. Comunque non sono preoccupata."

Evidentemente il "bisogno di aiuto" non era sentito dalla ragazza, ma risultava essere più una difficoltà della madre ad accettare i cambiamenti nella vita della figlia.

Questo esempio aiuta a riflettere su quanto sia importante che la motivazione ad intraprendere un percorso terapeutico provenga dal paziente stesso e non sia in alcun modo indotta da familiari o amici. Inoltre ogni immagine preformata del paziente, originata dalle "presentazioni" di parenti o di amici, risulta essere un'interferenza rispetto all'idea che il terapeuta si costruisce in modo del tutto personale su "chi è il paziente".

L'inutilità di avviare un percorso nel caso sopra citato è evidente: nello specifico le ho proposto di rivederci dopo una settimana invitandola a chiarirsi meglio le idee rispetto alla sua richiesta e al colloquio successivo abbiamo deciso, con evidente sollievo da parte sua, che forse non era il momento adatto per un impegno del genere.

Le richieste di terapia "per procura" sono più diffuse di quanto si possa immaginare: madri, figli, mariti o mogli che tentano di affidare il loro caro alle cure di uno specialista al fine di renderlo sostanzialmente "più gestibile".

Tali situazioni si evidenziano già ad un primo colloquio, per cui sarà cura del terapeuta individuarle. Nella maggior parte di questi casi il terapeuta può solo tentare di ridefinire assieme al paziente la richiesta terapeutica in modo che la persona che gli sta di fronte se ne possa riappropriare e valutare se è veramente ciò che cerca. Pensiamo per esempio a situazioni in cui i genitori preoccupati “portano” letteralmente il figlio dallo psicologo. Succede spesso, comunque, che i ragazzi riescano ugualmente ad utilizzare lo spazio d’ascolto messo a loro disposizione in un modo costruttivo, in quanto si attiva una motivazione autonoma di desiderio e di approfondimento rispetto alle proprie problematiche e di acquisizione di consapevolezza.

Altre volte, ad un primo colloquio, persone che ritenevano di essere motivate ad intraprendere un cammino psicoterapeutico si scoprono improvvisamente spaventate. Non è forse il momento adatto: il che non significa che non lo sia un mese o due dopo. Raramente queste persone tornano per un secondo colloquio, ma può succedere che a distanza di qualche mese si ripresentino, partendo da una “loro richiesta” e una “loro motivazione”, unica base sicura per iniziare il percorso.

Analizziamo il caso di una signora di sessantanni, esuberante e giovanile, con una figlia ormai indipendente che vive fuori casa e un marito che lei definisce essere sempre “spento”. La signora racconta di amare viaggiare, andare a ballare, ma di avere con il marito continui scontri dovuti al fatto che lui non condivide, se non raramente, questi interessi. Di conseguenza lei si sente “frustrata” e chiusa in una “vita soffocante e piatta.”

Dice di sentirsi depressa, ma che “ormai le dinamiche famigliari

sono così". La figlia è preoccupata, ma lei teme che mettersi in discussione possa comportare il rischio di "scoprire la necessità di una separazione".

Le resistenze si esprimono anche in altri modi; ad esempio arrivare in ritardo alla prima seduta (escludendo ovviamente situazioni eccezionali) rappresenta sempre un segnale di forte resistenza al trattamento che non va ignorato.

A volte, per precedenti esperienze negative con un terapeuta o con le figure di accudimento più significative, come i genitori, si arriva carichi di ansie al primo colloquio. Mettere il paziente a proprio agio e incoraggiarlo nell'esprimere questi timori gli offre la possibilità di sentirsi accolto e compreso.

Bisogna tenere presente che la motivazione con la quale si affronta un colloquio con uno psicoterapeuta è carica di aspettative irrealistiche: la speranza è quella di ottenere una "soluzione" o "un consiglio" per il problema che ci affligge, che "faccia tutto il terapeuta", "che sia lui a cambiare il paziente" o ancora che "lo accudisca".

Sarà compito del terapeuta mettere il paziente di fronte ai suoi desideri irrealistici riguardo alla terapia.

Le aspettative possono comunque variare e modificarsi nel corso del trattamento, poiché cambiano i bisogni e gli aspetti affettivi e latenti da cui scaturiscono. Non va dimenticato che il primo colloquio è in qualche modo un momento di verifica rispetto alle fantasie e alle prime impressioni che terapeuta e paziente avevano inevitabilmente prodotto l'uno nei confronti dell'altro.

Anche il terapeuta, essendo un essere umano, nutrirà delle aspettative nei confronti del paziente, ma formazione ed esperienza gli

hanno insegnato ad adattarsi e ad essere flessibile, aspettando e rispettando i tempi del paziente.

Le impressioni iniziali sulla capacità del paziente di esprimere il proprio disagio, di comunicare e di creare un'alleanza terapeutica, saranno utili per valutare la sua possibilità di collaborare alla terapia.

Non esiste un primo colloquio "standard": un canovaccio c'è, ma si adatterà di volta in volta al paziente e ai contenuti che porterà in seduta.

Alcune persone utilizzano il primo incontro con il terapeuta per descrivere per filo e per segno la sintomatologia che li affligge: non tralasciano il minimo dettaglio, a volte esibiscono anche una documentazione medica che possa dimostrare nero su bianco il grado della loro sofferenza. Dopodichè rimangono in religioso silenzio nell'attesa di un "verdetto" da parte del terapeuta. C'è chi si aspetta esclusivamente una diagnosi di tipo medico ("lei soffre di..."), mentre altri sono alla ricerca di dati certi (ad esempio sapere esattamente in quante sedute il loro problema sarà risolto), altri ancora affermano di sentirsi già meglio per il solo fatto di averne parlato.

Come si potrà notare, si tratta di un universo variegato, di "colloqui diversi" che indubbiamente forniscono già degli indizi di come il paziente si relaziona abitualmente con il mondo circostante, di quali sono le sue criticità e le sue modalità di espressione del disagio.

D'altra parte le ragioni che spingono un individuo a chiedere di sottoporsi ad un trattamento psicologico sono molteplici e del tutto personali. Chi cerca nella terapia psicologica un "consiglio"

resta necessariamente deluso ma, se ha una buona motivazione al trattamento, comprende rapidamente l'impraticabilità e l'inutilità di tale richiesta implicita. Compito del terapeuta è, infatti, quello di stabilire dei nessi tra gli argomenti portati in seduta, rileggere le affermazioni che provengono dal paziente aiutandolo a chiarire i significati che esso stesso attribuisce agli eventi, senza indurre o aggiungere nulla.

Il paziente è in grado di sperimentare, già nel corso di un primo colloquio, quanto possa risultare positiva questa esperienza d'incontro con un professionista per avvicinarsi alla comprensione di se stesso.

La fiducia

La sensazione di sollievo che deriva dal rendersi conto di essere compresi è indubbiamente una buona base su cui poter costruire il rapporto terapeutico.

A tutti sarà capitato di raccontare una disavventura o un episodio significativo a qualcuno, ricevendone in cambio la sensazione che il nostro interlocutore non nutrisse interesse per quello che stavamo dicendo. Anche se riceviamo qualche consiglio, talvolta ci sentiamo nel profondo delusi per non essere realmente compresi. Altre volte ci si può stupire di come sia relativamente più semplice affidare problemi o preoccupazioni più profonde ad uno sconosciuto in un viaggio in treno, piuttosto che al migliore amico o alla moglie. Ci si scopre a raccontare nei dettagli "segreti", senza dimenticare nulla, mentre agli amici si nasconde qualche particolare... Come mai?

Partiamo dal presupposto che il grosso vantaggio di confidarsi

con uno sconosciuto è che lui non ha la minima idea di chi siamo. Apparentemente ciò dovrebbe indurre ad un comportamento esattamente opposto, ma raramente chi ci conosce a fondo è disposto ad affrontare i nostri problemi “assieme a noi” liberandosi dai pregiudizi nei nostri confronti o rispetto alle situazioni esposte. Il nostro sconosciuto viaggiatore del treno, invece, è libero da questi preconcetti ed inoltre, con tutta probabilità, non lo rivedremo mai più nella vita, quindi non corriamo rischi di esporci troppo.

Il rovescio della medaglia è proprio l'estemporaneità di questa situazione che può fungere solo da valvola di sfogo e nulla più. Ciò che accomuna la situazione sopra descritta al primo colloquio tra terapeuta e paziente è che si tratta in ogni caso di un incontro tra due estranei, in un'area libera da moralismi, pregiudizi e preconcetti, aperta ad accogliere qualsiasi cosa provenga dal paziente.

La professionalità e la continuità garantite da un percorso terapeutico si fondano sul rapporto che necessariamente deve crearsi tra terapeuta e paziente, il cui pilastro portante è la fiducia.

Se è vero che la fiducia si guadagna con il tempo, è anche vero che generalmente ci si accorge immediatamente se ci si può fidare della persona che abbiamo di fronte.

Ho il ricordo di una frase letta su un libro che diceva pressappoco così: terminato un colloquio con uno psicoterapeuta, il paziente dovrebbe portare con sé la sensazione di aver ricevuto almeno quanto ha dato. Ciò non significa ricevere in cambio una panacea, una medicina miracolosa adatta a curare qualsiasi male, ma la sensazione di essere stati compresi e accolti. Se viene a manca-

re questo presupposto è difficile che il paziente possa “fidarsi” e “affidarsi”.

Il contratto terapeutico

Se si decide, insieme al paziente, di iniziare il trattamento, una parte del primo colloquio verrà dedicata alle regole generali della psicoterapia.

Terapeuta e paziente, infatti, assumono reciprocamente un impegno per il quale è necessario definire i criteri che lo regolano in modo chiaro ed esplicito, ai fini di poter creare una valida alleanza terapeutica.

Per quel che riguarda la frequenza, condizionata disponibilità economica del paziente, la situazione ottimale è rappresentata da due sedute settimanali. Nel caso di resistenze al trattamento, si può pensare di cominciare il percorso con una seduta settimanale per poi passare a due, nel momento in cui le resistenze più forti saranno gradualmente superate.

La tipologia di terapia più diffusa resta quella di una seduta a settimana, che si rivela comunque utile per raggiungere una maggiore consapevolezza dei propri conflitti intrapsichici e arrivare al raggiungimento di una graduale ricostruzione dell’Io.

Definito l’aspetto della frequenza è importante affrontare quello più delicato dell’onorario.

Questo argomento è in stretta connessione con l’impegno che il paziente si assume nel momento in cui decide di intraprendere un percorso terapeutico. Infatti, una volta stabiliti il giorno e l’ora, bisognerà chiarire che sarà responsabilità del paziente presentarsi in orario alle sedute e avvisare con il dovuto anticipo (secondo gli

accordi presi) in caso di impossibilità a presentarsi al colloquio. Diversamente, nelle situazioni di assenza ingiustificata, il paziente sarà tenuto a pagare la seduta.

E' bene soffermarsi su questo punto, perché spesso si rischia di essere fraintesi.

Come è preciso dovere del terapeuta presentarsi puntuale alle sedute e, in caso di ritardi o di imprevisti, offrire al paziente la possibilità di recuperare la seduta, così lo stesso senso di responsabilità viene richiesto al paziente. Presentarsi in ritardo alle sedute o addirittura saltarle senza avvisare con l'anticipo dovuto, che può variare a seconda degli accordi, provoca indubbiamente una falla nell'alleanza terapeutica e ciò non va permesso se si vuole mantenere un setting adeguato. Spesso queste "azioni" del paziente altro non sono che difese o resistenze che vanno quindi colte ed interpretate. Anche il tempo dedicato alla seduta deve essere rispettato da entrambi.

Ogni paziente è, infatti, molto "sensibile" ai ritardi del proprio terapeuta: quei momenti trascorsi in sala d'attesa, quando la lancetta segna inequivocabilmente che il "proprio tempo" è già cominciato, rischiano di essere vissuti come vere violazioni dell'impegno assunto e sicuramente in seduta rimarranno tracce di queste sensazioni.

Mi soffermo sul caso di una paziente, terza di cinque figli. Ad ogni seduta si presentava il problema di non riuscire a stare nel tempo programmato e con fatica mi trovavo spesso a insistere sulla necessità di rimanere nei tempi. Nella seduta successiva ad una in cui la signora non riusciva a terminare i suoi racconti, ha portato il ricordo della sua difficoltà a trovare tempo e spazi in

una famiglia così numerosa: “Non era facile farsi ascoltare... e i miei genitori non trovavano mai il tempo per stare dietro a tutti noi.”

Il riproporre in seduta la sua ricerca di tempo e di ascolto e la mia azione di contenimento hanno permesso di affrontare il problema e le emozioni vissute durante l'infanzia.

Il paziente è responsabile per le sedute fissate e dovrà presentarsi all'orario concordato in sede di contratto terapeutico. Ciò non toglie che a tutti capita di ammalarsi, di restare bloccati nel traffico a causa di un incidente o di avere un imprevisto.

Ogni terapeuta avrà ovviamente gli strumenti per valutare di volta in volta la situazione e il conseguente comportamento da tenere, ad esempio dando la possibilità di recuperare la seduta saltata.

Anche se può apparire come una possibilità alquanto remota, non è invece raro l'utilizzo strumentale, anche se inconscio, della malattia da parte del paziente. I significati e gli usi inconsci della malattia sono molteplici e il terapeuta deve essere in grado di coglierli e di valutare il loro uso per esprimere depressione, rancore, frustrazione.

In alcune fasi della terapia, quelle cosiddette di “resistenza al trattamento”, i pazienti rischiano di assumere il ruolo di “sabotatori” della terapia: manipolano cioè la realtà in modo tale da mantenere una facciata irreprensibile che rende inattaccabile e, anzi, giustifica la messa in atto delle loro resistenze. Le interpretazioni del terapeuta favoriranno la presa di coscienza di questi meccanismi inconsci, impedendone un utilizzo poco costruttivo.

Analizziamo ancora la situazione in cui il paziente arriva in seduta con un regalo per il terapeuta. In questa, come nella maggior

parte delle situazioni sopra descritte, bisognerà prestare la massima attenzione sia ai dati di realtà disponibili, sia ai significati inconsci che la situazione assume per il paziente ed agire di conseguenza, nel rispetto delle sue esigenze e del proprio lavoro di terapeuta. Va detto comunque che, in linea di massima, sarà buona norma per il terapeuta non accettare il regalo; non senza aver analizzato con il paziente i significati e le implicazioni di questo gesto. Il rischio è quello di assecondare il paziente nella negazione dei confini della relazione con il terapeuta e di conseguenza del rapporto terapeutico.

Non sarebbe corretto, però, pensare che queste regole vadano applicate rigidamente in qualsiasi situazione terapeutica.

Una caratteristica fondamentale che lo psicoterapeuta non dovrà mai abbandonare è, infatti, costituita da una buona dose di buon senso, di flessibilità e di umana comprensione: si tratta pur sempre di un rapporto tra due esseri umani e come tale va affrontato.

L'alleanza terapeutica

di Fabrizio Boccardo

Il patto - La coppia al lavoro ed il viaggio insieme - Interessarsi all'altro, interessarsi a se stessi - Che cos'è l'alleanza terapeutica - L'alleanza terapeutica nella terapia di gruppo

In questo capitolo propongo alcune riflessioni in merito ad uno degli aspetti fondamentali della psicoterapia: l'alleanza fra il paziente e lo psicoterapeuta intesa come elemento cardine a partire dal quale si sviluppa tutto il processo terapeutico. Mantenendo costante l'assunto che il concetto di alleanza è da intendersi più come un processo che come un dato definito a priori e che ogni aspetto riguarda sempre entrambi i poli della coppia terapeuta-paziente, cercherò, anche attraverso alcune esemplificazioni cliniche, di descrivere l'alleanza terapeutica nei suoi elementi principali: la sua nascita, l'evoluzione, gli aspetti che ne facilitano lo sviluppo e le difficoltà che, al contrario, ne ostacolano il consolidamento.

Il patto

La parola alleanza rimanda a situazioni, eventi e concetti ad alto valore simbolico: nella storia dell'uomo le alleanze hanno permesso di unire gruppi, popoli e nazioni nel nome di un ideale o di fare fronte comune per difendersi da una minaccia condivisa. Nella Bibbia Dio ordina la costruzione dell'Arca dell'Alleanza per contenere le tavole della legge e sancire il suo legame con il popolo di Israele. In tutte le accezioni la parola alleanza rimanda ad un *patto*, ad un accordo fra le parti in causa, alla collaborazione, all'impegno

attivo nel raggiungimento di uno scopo comune.

In un percorso psicoterapeutico il *patto* viene stipulato dal terapeuta e dal paziente e sancisce la cooperazione rispetto alle modalità, alle regole e agli obiettivi del trattamento. Questo patto diviene il fulcro su cui si fonda il rapporto fiduciario fra il paziente e lo psicoterapeuta e che permette la riuscita di una psicoterapia.

Nella psicoterapia individuale il patto è fra due persone, nella psicoterapia di gruppo il patto si allarga a tutti i membri del gruppo ed al gruppo in quanto tale.

Sommariamente possiamo considerare l'alleanza terapeutica costituita da tre componenti: l'esplicita condivisione di obiettivi da parte del paziente e del terapeuta, la definizione dei compiti di ciascuno e la costituzione fra di loro di un legame affettivo caratterizzato da fiducia e rispetto.

L'alleanza terapeutica è un concetto che nasce in ambito psicoanalitico negli anni cinquanta ma se ne rintracciano gli elementi principali già nei lavori di Sigmund Freud.

Dobbiamo l'espressione "*alleanza terapeutica*" a una psicoanalista di Boston, Elizabeth Zetzel, la quale, in alcuni lavori della seconda metà degli anni cinquanta, formalizzò esplicitamente questo concetto nei termini della necessaria attiva collaborazione fra analista e paziente che, condividendo obiettivi e metodo del trattamento, avrebbero costituito una sorta di "partito comune contro i nemici" ovvero i sintomi.

Nel tempo il concetto ha avuto una sua naturale evoluzione, ma ha mantenuto sostanzialmente il significato originale di patto di lavoro.

La coppia al lavoro ed il viaggio insieme

La psicoterapia si fonda su una iniziale asimmetria che non verrà mai del tutto risolta: si tratta dell'incontro tra due sconosciuti di cui uno, il terapeuta, resterà di fatto tale per quanto riguarda le informazioni sulla sua vita privata, ideologie, gusti, preferenze, mentre l'altro, il paziente, dovrà aprire totalmente il suo cuore e la sua anima per raccontare la propria vita, i propri bisogni, desideri e sofferenze. Spesso il paziente trova tale asimmetria destabilizzante perché può essere frustrante, e di sicuro inusuale, entrare in relazione intimamente con qualcuno di cui non si sa nulla.

Proviamo a chiarire questo aspetto cruciale della psicoterapia: ciò che il terapeuta può raccontare di sé riguarda esclusivamente gli aspetti inerenti la propria professione, il proprio orientamento teorico, il proprio metodo di lavoro e gli aspetti organizzativi; resta dunque completamente opaco rispetto a informazioni personali quali opinioni, preferenze, episodi di vita, desideri. Il motivo di questa rigida posizione consiste nella necessità di fornire al paziente la possibilità di vivere il terapeuta come uno schermo bianco, una lavagna intonsa su cui poter scrivere ciò che potrà e vorrà durante la terapia.

L'atteggiamento del terapeuta sarà il più neutro possibile, egli dovrà approcciarsi ad ogni singola seduta quasi come se vedesse il paziente per la prima volta, in modo da potersi porre in un ascolto empatico con la mente libera e sgombra da ogni pregiudizio. Un importante psicoanalista britannico, W. Bion, disse che l'analista deve essere "senza memoria, né desiderio" volendo proprio significare la necessità che il terapeuta possa accogliere ogni istanza portata dal paziente senza precognizioni, giudizi o anche solo opinioni.

“Ho dato questo suggerimento: scarta la tua memoria, scarta il tempo futuro del tuo desiderio; dimenticali entrambi, sia quello che sapevi sia quello che vuoi, in modo da lasciare spazio ad una nuova idea. Forse sta fluttuando nella stanza in cerca di dimora un pensiero, un’idea che nessuno reclama...”

Bion considera l’assenza di memoria e di desiderio come il prerequisito per giungere ad una vera conoscenza. Se il terapeuta non “abbandona” se stesso, i propri pensieri e le proprie emozioni, non può far spazio dentro di sé per “l’altro”.

“Se la sua mente è preoccupata di ciò che è detto o non è detto o di ciò che egli spera o non spera, egli non può consentire che emerga l’esperienza e soprattutto quell’aspetto dell’esperienza che è qualcosa di più del suono della voce del paziente o della vista dei suoi atteggiamenti”.

Bion propone che il terapeuta, invece di focalizzare l’attenzione, lasci i pensieri liberi di fluttuare nella propria mente, un po’ come nel sogno, sopportando la frustrazione dovuta alla non immediata comprensione degli eventi che emergono dalla seduta, non cedendo a facili interpretazioni, accedendo ad un piano più intuitivo che strettamente razionale.

Questa descrizione dell’atteggiamento della mente del terapeuta ci aiuta a comprendere come avvenga il processo terapeutico: si tratta del lento progredire di un lavoro in tandem tra analista e paziente in quella che possiamo definire una “coppia al lavoro”. Spesso il paziente ha la tendenza a pensare che il terapeuta sia onnipotente, che lo possa aiutare dandogli consigli, trovando soluzione ai suoi problemi in virtù delle sue conoscenze e della sua esperienza o rivelandogli cose di sé a lui sconosciute. Al contrario

la riuscita della psicoterapia necessita della sua partecipazione attiva ed i frutti saranno il risultato del lavoro fatto in una attiva collaborazione dalla “coppia al lavoro” verso un comune obiettivo. E’ importante sottolineare che “neutralità” non significa “indifferenza”. Il terapeuta è fortemente presente con la sua sensibilità e la sua disponibilità, come ogni essere umano possiede una propria affettività e non è indifferente alle comunicazioni e alle reazioni del paziente. Ovviamente la formazione teorica e la conoscenza di sé, derivante dalla propria analisi personale, gli permettono di gestire e di comprendere le proprie reazioni affinché non intralcino il lavoro terapeutico, ma vengano utilizzate nella relazione con il paziente.

Nel descrivere metaforicamente la psicoterapia mi piace affiancare all’idea della “coppia al lavoro” quella del “percorso fatto insieme”: un po’ come in un viaggio senza una meta già predefinita, ma piuttosto caratterizzato da un andar verso, con una direzione di volta in volta ricontrattata insieme e che porterà ad una destinazione finale condivisa, ovvero la conoscenza di sé e dei propri modi di funzionare, l’acquisizione di senso delle proprie difficoltà e sofferenze entro una storia personale sempre unica ed eccezionale, all’interno di una nuova modalità di riflettere su di sé, di pensare e di sentire.

Questo percorso è ovviamente molto complesso, lungo e faticoso, e necessita che la coppia in “viaggio” abbia una solida intesa e sintonia, al fine da sviluppare un clima di fiducia e collaborazione che possa durare nel tempo.

Allo stabilirsi del legame terapeutico concorrono alcuni elementi di quello che in termini tecnici si chiama *setting* ovvero l’insieme

delle regole e degli elementi costanti e invariati che definiscono la cornice in cui avviene il processo terapeutico, ritualizzandolo. Si tratta della continua ripetizione di tempi e modi quali la durata delle sedute, la stanza della terapia, il ritmo sempre uguale, in un giorno e un orario prestabiliti e con una durata precisa.

A tal proposito, per motivi pratici, non sempre è possibile mantenere invariati ora e giorno della seduta sin dall'inizio della terapia e purtroppo, a volte, il paziente rischia di banalizzarne questi aspetti sentendoli solo vincoli troppo rigidi. Ritengo, invece, molto importante arrivare il più presto possibile a definire il giorno e l'ora in modo certo e costante, affinché nella mente di entrambi possa formarsi uno spazio privato, esclusivo e garantito per quello specifico percorso terapeutico da fare insieme. Sapere che quel giorno della settimana e a quella tal ora ci sarà la seduta permette al paziente di dare alla terapia il giusto ritmo. Sapere che ci saranno un tempo, un luogo e uno spazio esclusivamente dedicati al sostegno, alla riflessione e al racconto è estremamente rassicurante e importante per il consolidamento del processo terapeutico. L'incontro fra paziente e terapeuta si fonda anche su una precisa ritualità fatta di gesti, di modalità sempre uguali e specifiche della relazione di quella particolare coppia al lavoro.

Ricordo una paziente, Giovanna, sofferente di un disturbo da attacchi di panico, che viveva una difficile situazione familiare e che, dopo alcuni mesi di psicoterapia, prese spesso a iniziare la seduta dicendo: *“Buongiorno dottore, finalmente è giovedì, questa settimana sono successe tante cose... ho molto da raccontarle. Ho fatto dei passi avanti perché, a differenza del passato, ho provato a non farmi travolgere dall'ansia e mi sono ritrovata a pensare che avrem-*

mo potuto parlare di quello che stava succedendo qui, in seduta, il solito giorno alla solita ora e questo mi ha davvero rassicurata! ”

Giovanna ha mostrato una inattesa e rapida capacità di affidarsi alla terapia, di sviluppare fiducia nella relazione col terapeuta e di dare credito alle proprie risorse di cambiamento. Era molto motivata e desiderosa di risolvere i propri problemi, probabilmente il momento in cui ha iniziato la terapia era quello giusto. Il nostro incontro è stato particolarmente felice perché è stata rapidamente in grado di affidarsi alla terapia, di allearsi con il terapeuta e di costruire un legame solido e duraturo, nonostante una storia personale molto difficile, lunghi anni di malessere e un rapporto estremamente problematico con la figura materna giudicante e svalutante.

La terapia di Giovanna si è fondata su una solida alleanza terapeutica, ma a volte gli inizi non sono così semplici e lineari, molto spesso l'affidarsi è una delle difficoltà più grandi per i pazienti e quindi il primo grande obiettivo da raggiungere nella terapia.

A tal proposito ricordo un'altra paziente Maria, che ha iniziato la terapia in un momento di grave sofferenza depressiva. Il primo colloquio è servito per evidenziare la gravità della situazione, sia sul piano dei vissuti che su quello dei sintomi, per cui le ho consigliato di rivolgersi anche al medico psichiatra per valutare la necessità di una terapia farmacologica. Maria ha tratto giovamento dalla cura con i farmaci che le ha permesso di ridurre il livello di angoscia. Contemporaneamente ha accettato di iniziare una psicoterapia, ma ha affrontato le prime sedute con estremo scetticismo, con diffidenza e con la sensazione di perdere solo del tempo. Il suo approccio alla seduta era sempre più o meno lo stes-

so: *“Dottore, questa è l’ultima volta che ci vediamo, non credo che la prossima volta verrò, oggi non ho niente da dire... venire qui non serve assolutamente a niente, tanto nulla cambia in me e fuori di me, sono la causa della mia situazione infelice e parlarne mi fa solo stare peggio! Io non so che dirle.... se vuole mi faccia delle domande...”*

In generale, quando la sofferenza è molto alta è difficile affidarsi agli altri e le richieste del terapeuta di raccontare di sé e della propria storia possono essere legittimamente vissute addirittura come una violenza. Purtroppo la terapia non può prescindere dalla narrazione di sé, della propria storia e dei propri traumi per cui è necessario avvicinarsi alle parti sensibili nei modi e nei tempi adeguati.

Nel caso di Maria iniziammo a delimitare il campo degli argomenti “parlabili” e di quelli “tabù”, ma questo non è stato sufficiente e aggiungemmo anche le epoche della sua vita di cui non si poteva parlare. E’ stato un periodo difficile in cui avevo la sensazione di camminare in bilico su di un filo e, sentendomi più un dentista che opera senza anestesia che uno psicologo, estraevo informazioni con le pinze ed il timore di ferirla. Per oltre due mesi il suo atteggiamento non è cambiato e nemmeno la mia frustrazione, eppure nutro la speranza di una evoluzione perché Maria, nonostante le sue affermazioni, continuava a presentarsi puntuale agli appuntamenti ogni settimana.

Ero sinceramente interessato ad aiutare Maria, di cui vedevo le enormi possibilità a fronte di una sofferenza di lunghissima durata, e non ero intenzionato a gettare la spugna. Un giorno il solito schema si è rotto, anche se, almeno apparentemente, non nel

modo in cui auspicavo: durante un incontro Maria si è sentita ferita da un mio commento, si è alzata dalla poltrona, ha interrotto la seduta prima del tempo e non si è presentata alle due sedute successive. Ad ogni assenza io le ho rinnovato l'appuntamento successivo e le ho ricordato il patto sancito dal contratto terapeutico iniziale: l'accordo era che se avesse deciso di interrompere la terapia avrebbe comunque acconsentito a venire per un ultimo colloquio.

La terza settimana Maria si è presentata e ha ripreso la terapia. E' stata la svolta: il dispositivo terapeutico, il *setting* a cui ho accennato precedentemente, aveva retto e permesso a Maria di gestire la sua rabbia e la sua frustrazione. Il nostro rapporto aveva superato una sorta di "stress test" e ora Maria sentiva di poter riporre fiducia nella terapia. Abbiamo parlato a lungo di quello che era successo, di cosa l'aveva ferita, della sua reazione di fuga e della gestione della sua rabbia; questo chiarimento le ha permesso di consolidare l'alleanza terapeutica e di concedersi la possibilità di farsi aiutare.

L'esempio del difficile avvio della terapia di Maria mi permette di fare alcune riflessioni rispetto alle caratteristiche del rapporto psicoterapeuta - paziente, un rapporto unico, difficilmente paragonabile ad altre relazioni nella vita delle persone. Non è un rapporto di amicizia, né di tipo clientelare, è un rapporto tra un professionista e una persona che in quel momento si rivolge a lui per essere aiutata. Questo determina una relazione profondamente intima ed emotivamente coinvolgente perché prevede l'espressione, da parte del paziente, dei vissuti più personali, delle emozioni più significative, dei bisogni, delle insicurezze, dei sogni e dei desideri

più intimi.

L'alleanza terapeutica non è data una volta per tutte, come tutte le vicende umane ha una sua fisiologia e una sua continua trasformazione, inevitabilmente viene messa alla prova e va costantemente monitorata da parte del terapeuta.

Ogni situazione è differente e, anche nei migliori casi, occorre tempo per raggiungere quella confidenza necessaria per aprirsi e parlare liberamente di sé e degli aspetti più intimi della propria vita che causano malessere e sofferenza.

L'obiettivo iniziale è predisporre un dispositivo relazionale affinché il paziente possa sentirsi accettato dal terapeuta per quello che è, senza essere giudicato. La psicoterapia deve trasformare le modalità difensive, spesso radicate nella personalità da molto tempo, che hanno costi emotivi enormi, ma che comunque sono il modo in cui il paziente è riuscito a far fronte alle proprie intollerabili difficoltà e quindi devono essere accolte e rispettate.

Nonostante la disponibilità e la professionalità del terapeuta, a volte le cose possono non funzionare per motivi molteplici, dalle resistenze del paziente a mettersi in gioco alla semplice difficoltà di incontro fra due persone che non si conoscono.

In questo senso è importante che il paziente possa scegliere il proprio terapeuta anche dopo diversi colloqui conoscitivi con terapeuti diversi e che il terapeuta, da parte sua, abbia nel suo bagaglio formativo non solo le conoscenze tecniche, ma anche una lunga analisi personale che abbia evidenziato i suoi nodi problematici, evitandone l'interferenza con quelli del paziente.

Interessarsi all'altro, interessarsi a se stessi.

L'incontro in terapia è prima di tutto un incontro fra esseri umani, un incontro che si definisce anche attraverso la curiosità della scoperta e della conoscenza.

Il terapeuta è interessato a conoscere il paziente, ma anche il paziente deve essere interessato a conoscere se stesso in modo più approfondito e a prendersi cura di sé in modo nuovo. Freud usò il concetto di sublimazione per descrivere l'investimento in attività produttive, sociali, professionali e creative, di energie psichiche originariamente aggressive, narcisistiche o comunque potenzialmente conflittuali. Si sceglie un mestiere, una professione anche spinti da queste istanze inconse: l'esempio del macellaio che sublima la propria aggressività repressa con il suo lavoro è sicuramente riduttivo, ma può aiutare a comprendere ciò di cui sto parlando.

Secondo questa lettura, la scelta del proprio lavoro diventa, psicoanaliticamente parlando, la miglior difesa da forme di conflittualità inconscia. A tal proposito, quando mi chiedono perché uno sceglie la professione di psicologo, rispondo che, almeno per me, uno dei motivi è la possibilità di avere sempre nuove occasioni di incontri con altri esseri umani. L'incontro con un nuovo paziente è sempre una piacevole e sorprendente scoperta che ogni volta permette di aprire uno spazio di potenziale curiosità creativa. La professione di psicologo, allora, è forse una utile difesa contro l'angoscia inconscia della solitudine: gli psicologi sono sicuri di non restare soli avendo scelto un lavoro che si fonda sull'incontro e sulla conoscenza.

Personalmente sono mosso da una grande curiosità per la persona

che incontro e lavoro con i miei pazienti affinché anche loro coltivino la curiosità verso il lavoro terapeutico e quindi verso loro stessi. In questo senso la curiosità e l'interesse che ne derivano sono presupposti essenziali del lavoro psicologico.

Molte volte però questa attitudine all'indagine è un punto di arrivo e non di partenza, spesso i pazienti *si preoccupano* per molte cose e situazioni, ma non sanno *occuparsi* di loro stessi. Riflettere sui propri comportamenti, sulle proprie scelte e analizzare le proprie difficoltà sono capacità che si acquisiscono lentamente, seduta dopo seduta, nello svilupparsi dell'alleanza con il terapeuta e con la terapia, con i suoi ritmi ed i suoi riti.

Il miglior rinforzo per attivare la curiosità verso noi stessi è scoprire che c'è qualcuno davvero motivato ad ascoltarci, qualcuno che trova interessante ciò che pensiamo e proviamo. L'interesse del terapeuta permette al paziente di scoprire che ci sono più parti di sé di quante conosce, che elementi sottovalutati in realtà possono divenire risorse inaspettate e che è possibile modificare degli schemi e i modi di funzionare che gli parevano imm modificabili. La curiosità può così diventare un fattore terapeutico, uno strumento attraverso cui pensare a un cambiamento.

Porsi nuovi interrogativi permette al paziente di osservarsi in un modo del tutto nuovo che lo porta, di conseguenza, a relazionarsi in maniera diversa anche con l'ambiente che lo circonda.

Propongo un esempio di percorso psicoterapico dove la curiosità verso se stesso e la motivazione a guardarsi con occhi nuovi hanno svolto un ruolo importante.

Roberto ha 29 anni e vive in una cittadina della provincia di Asti. La sua famiglia è di origini friulane, anche se da molti anni si è

trasferita in Piemonte. La richiesta di psicoterapia è motivata dalla presenza di una sintomatologia ansiosa, in particolare di attacchi di panico.

E' un giovane laureato che, nonostante le sue paure e ansie, ha già fatto alcune importanti esperienze di vita, in particolare viaggi avventurosi che l'hanno portato a vivere per quasi due anni in Messico. Quando ci conosciamo Roberto è rientrato in Italia da circa un anno e ha deciso di iniziare una terapia per la sofferenza causata dalla fine di una relazione affettiva.

Circa sei mesi prima, dopo parecchio tempo senza relazioni sentimentali, aveva iniziato a frequentare Sarah, una ragazza di un paese vicino, conosciuta durante una festa ove si era recato con degli amici. Sulle ali dell'entusiasmo la relazione ha avuto un inizio idilliaco, facendo provare a Roberto sensazioni che gli mancavano da tanto tempo. Purtroppo però, a distanza di alcuni mesi, il rapporto ha iniziato a complicarsi fino ad incrinarsi, oscillando fra giorni positivi ed altri estremamente critici, con continui avvicinamenti ed allontanamenti. Sarah, infatti, alternava momenti in cui sembrava essere molto coinvolta ad altri in cui mostrava segnali di indifferenza e di allontanamento e queste variazioni lo destabilizzavano. La situazione è precipitata quando Sarah ha dovuto assentarsi per alcuni mesi per andare a lavorare in una città del sud Italia. Roberto ha patito molto la partenza ed ha iniziato a diventare ansioso, preoccupato, insicuro e bisognoso di conferme, temendo che Sarah si allontanasse e si dimenticasse di lui. Effettivamente, forse presa dalla nuova situazione lavorativa lontano da casa, Sarah sembrava poco attenta nel mantenere il legame a distanza, le comunicazioni si sono fatte più rade e

con scarsa partecipazione emotiva. Roberto, soffrendo molto per quello che viveva come un imminente abbandono, ha iniziato a richiederle insistentemente conferme. Tali richieste, però, hanno avuto l'effetto di irrigidire le posizioni, facendogli sentire Sarah sempre più distante. Pervaso da una crescente angoscia, ad un certo punto ha deciso di interrompere la relazione.

La fine della storia con Sarah lascia Roberto profondamente prostrato e addolorato e anche piuttosto confuso. Si rende conto di non aver gestito bene la situazione e, spinto dal crescente disagio, decide di intraprendere un percorso terapeutico.

Roberto inizia la terapia molto angosciato, ma anche motivato e desideroso di comprendere i motivi del proprio malessere, è consapevole di avere avuto una reazione abnorme alla fine della relazione con Sarah e inizia a mettersi in discussione. L'esplorazione di sé attivata dalla terapia gli permette di ripercorrere la propria storia personale come mai aveva potuto fare prima. Dalla narrazione emergono due eventi traumatici: un lutto improvviso all'età di sei anni, causato dalla morte di una cuginetta e, l'anno successivo, un grave incidente in bicicletta in cui ha rischiato egli stesso la vita.

La storia di Roberto.

Roberto è il primo di tre figli: ha un fratello ed una sorella minori che vivono ancora a casa dei genitori e frequentano l'università. I genitori lavorano molto, in particolare il padre, spesso in trasferta sin da quando lui era piccolo e che, in gioventù, aveva sofferto di un imprecisato disturbo d'ansia.

Della madre dice che è sempre stata presente, ma molto apprensiva e preoccupata.

Terminate le scuole superiori, ha faticato a trovare “la sua strada”, ha cambiato due volte facoltà prima di scegliere quella giusta e solo da poco ha completato il percorso di studi laureandosi in fisioterapia.

Si descrive come una persona ansiosa e preoccupata, ma anche molto caparbia e desiderosa di risolvere i suoi problemi. In passato, a causa degli attacchi di panico, ha anche fatto una terapia farmacologica prescritta da uno psichiatra, traendone beneficio. Quasi per voler compensare le sue paure, ha intrapreso alcuni viaggi all'estero in solitaria, affrontando anche itinerari avventurosi e, per circa due anni, ha vissuto da solo in Messico arrangiandosi fra mille mestieri e dimostrando una grande capacità di adattamento.

Dal punto di vista delle relazioni sentimentali, dopo una storia importante avuta cinque anni prima e terminata con una improvvisa rottura in modo simile a quella recente con Sarah, è stato solo per molto tempo.

Riflettiamo insieme che, vista l'attuale prostrazione in cui versa in seguito alla rottura con Sarah, il tenersi lontano da coinvolgimenti emotivi sembra essere stato un modo per non rischiare di soffrire di nuovo. Anche il trasferirsi per un anno in America latina può essere letto come un tentativo per proteggersi dalla paura di essere coinvolto sul piano affettivo, come se il legarsi a qualcuno fosse vissuto come una potenziale minaccia.

Se da un lato Roberto è consapevole dei suoi problemi di ansia, dall'altro non ha consapevolezza delle cause e nemmeno delle complicazioni che le sue paure hanno sulla sua vita relazionale. Dal racconto della storia della sua vita inizialmente non emergono

no particolari aspetti problematici: la relazione con i familiari è complessivamente buona e si descrive come un bambino e poi un ragazzo tutto sommato sereno.

I problemi di ansia sembrano essere presenti solo all'età adulta. Approfondendo l'indagine però, man mano che il legame con il terapeuta si struttura e l'alleanza cresce, emerge una realtà decisamente più complessa. In Roberto si attiva un processo di indagine accurata e gradualmente inizia una sorta di ricerca autobiografica che mette in evidenza come certi turbamenti e stati d'animo lo accompagnino da molto più tempo, da quasi tutta la vita.

Nel corso delle sedute affiorano molti ricordi, soprattutto legati alla sua infanzia, e con essi anche gli stati emotivi correlati. Gli eventi traumatici della morte della cugina e del suo incidente sono stati ripercorsi e rivisti nei dettagli, cercando anche di scoprire possibili connessioni tra quei vissuti e quelli sperimentati in altri momenti della sua vita.

Questa "indagine" è diventata un lavoro appassionante in cui Roberto ha coinvolto anche i familiari per cercare di raccogliere informazioni sulle parti della sua storia infantile che non ricordava.

L'apertura di questo nuovo canale narrativo della memoria familiare ha permesso a tutti di parlare delle situazioni del passato come non avevano mai fatto prima.

L'interesse di Roberto era alimentato anche dallo stupore per i collegamenti che iniziavamo a fare tra episodi del suo passato e scelte o esperienze vissute negli anni seguenti.

Fra gli elementi più significativi lentamente è emerso un nucleo

di fragilità che, quando viene sollecitato, lo destabilizza pesantemente. E' a causa di questa "sensibilità" che, quando le relazioni che vive diventano più significative, complesse e coinvolgenti, inizia a "fibrillare", a preoccuparsi, a sentirsi a rischio di un imminente crollo e a paventare minacce di abbandono.

Il lavoro in terapia ha lentamente permesso a Roberto di risignificare eventi traumatici della sua infanzia e di comprendere come questi avessero influito sul suo personale modo di leggere la realtà.

Ciascuno di noi guarda il mondo e la vita con specifici "occhiali" che sono il risultato delle esperienze fatte, dell'ambiente in cui è cresciuto e della sua predisposizione genetica.

Questi occhiali sono i nostri "modi di funzionare" nel mondo, possono essere più o meno adattivi e, in quanto intimamente nostri, li riconosciamo come parte integrante di noi stessi anche quando ci creano problemi.

Ad esempio una persona ansiosa vedrà il cambiamento come uno stress e tenderà ad evitarlo, non potendo fare a meno di preoccuparsi di fronte alle novità.

Solo un lavoro psicoterapeutico di esplorazione e di comprensione approfondita può, e comunque molto lentamente, operare a livello trasformativo su questi aspetti della personalità.

Nel caso di Roberto la tendenza a vivere le relazioni in modo preoccupato, sotto la costante minaccia dell'abbandono, era automatico ed inevitabile: prima o poi sarebbe stato abbandonato per cui tanto valeva prevenire l'inevitabile e anticipare la fine della relazione provocandola lui stesso.

L'esperienza traumatica della morte improvvisa della cugina e

l'incidente da lui subito lo avevano esposto, in tenera età, ad una enorme angoscia che non aveva potuto elaborare completamente. L'episodio dell'incidente aveva inoltre aggiunto un elemento traumatico: dopo la caduta, aveva il ricordo di essere rimasto a terra dolorante, sentendosi estremamente impotente e vergognoso mentre molte persone erano accorse a soccorrerlo.

Roberto ha associato gli stati emotivi legati a quell'episodio, che erano stati paura, dolore, vergogna, con la sua attuale paura dell'abbandono e i suoi tentativi di gestirla abbandonando lui per primo.

Che cos'è l'alleanza terapeutica?

L'alleanza terapeutica prevede un rapporto di fiducia reciproca: il paziente deve avere fiducia nel terapeuta e quest'ultimo deve avere fiducia nelle capacità di elaborazione, di comprensione e di trasformazione del paziente.

Il terapeuta ovviamente cerca di favorire il cambiamento e la mobilitazione delle risorse del paziente sforzandosi di trovare il giusto modo di "stare con" quella specifica persona, individuare e sciogliere i nodi che causano difficoltà, disagio e malessere.

La persona che arriva in psicoterapia è portatrice della propria storia personale, dei propri affetti, ma anche delle paure e delle difese con cui tenta di gestire le proprie sofferenze.

Le difese sono il modo con cui ciascuno di noi ha affrontato le proprie conflittualità interne e ha tentato di gestire le emozioni negative altrimenti intollerabili.

Poiché spesso non sono il modo migliore per superare la sofferenza, la terapia ha l'obiettivo di modificarle per sostituirle con altre

più funzionali ed evolute.

Il terapeuta, dal canto suo, arriva all'incontro con la propria storia personale, ma soprattutto con le sue risorse umane e tecniche che, grazie ad un lungo training formativo, può mettere a disposizione del paziente.

L'alleanza terapeutica non è legata a una procedura predefinita perché in psicoterapia gli aspetti procedurali sono la cornice di un quadro fatto di aspetti complessi, mai definiti a priori, continuamente ricontrattabili.

L'alleanza in terapia è il punto di arrivo della prima parte della terapia che definisce le fondamenta su cui costruire il resto del percorso.

Il primo incontro con il paziente contiene spesso già tutti gli elementi principali della futura terapia e dei suoi possibili sviluppi e predisporre a questo incontro significa essere pronti a non dare nulla per scontato e accogliere tutto quello che capiterà.

L'alleanza terapeutica è l'accordo che sancisce questo profondo legame tra terapeuta e paziente, è il punto di partenza, ma anche un elemento che li accompagnerà per tutto il percorso.

L'obiettivo della terapia non è semplicemente eliminare il dolore del paziente o aiutarlo a comprenderne le cause, ma fornirgli possibili nuove visioni di sé che egli potrà ridefinire e fare proprie. Quando si è stabilita una buona alleanza terapeutica, il paziente può sentirsi libero di parlare di qualunque cosa gli venga in mente, così come di stare in silenzio. La libertà riguarda anche le sue emozioni: può sentirsi libero di provare rabbia, di essere ironico o di piangere senza, per questo, sentirsi giudicato.

L'alleanza terapeutica può dunque essere definita come lo specifi-

co rapporto di collaborazione che si stabilisce tra un paziente e il terapeuta. Tale rapporto può nel tempo ovviamente subire periodiche messe in discussione, questo è normale e per certi versi auspicabile perché ogni evento che accade in terapia è un'occasione di riflessione potenzialmente utile.

La psicoterapia è l'unica relazione umana che contiene in sé l'automatizzata riflessione sulla relazione stessa: ogni cosa che accade fra terapeuta e paziente viene affrontata nell'unico modo possibile ovvero parlandone. Deve essere possibile parlare di tutto ciò che accade nella terapia e nella relazione terapeutica e, quindi, anche delle criticità che, affrontate e superate, possono essere elaborate e risolte in modo da rafforzare il legame fra terapeuta e paziente e rinnovare la loro alleanza.

L'alleanza terapeutica nella psicoterapia di gruppo

Quanto sinora detto rispetto all'alleanza terapeutica nella psicoterapia individuale è sostanzialmente valido anche per la psicoterapia di gruppo, dove l'incontro non è ovviamente fra due individui ma fra un gruppo di persone di cui uno è il terapeuta.

In un gruppo ci sono regole specifiche da rispettare come il lasciar parlare gli altri, favorire la partecipazione di tutti, attendere il proprio turno.

Il patto di alleanza che si dovrà sviluppare dunque sarà più complesso perché comprenderà il terapeuta, tutti i membri del gruppo e anche in un certo modo il gruppo come entità propria. Sviluppare una fiducia reciproca complessa ed articolata è quindi molto importante.

Rispetto a quella duale, nella terapia di gruppo l'attenzione e più

centrata sulla relazione fra i membri e su come ciascuno si pone nei confronti di ciò che ognuno porta all'attenzione del gruppo. Il lavoro terapeutico si sviluppa a partire dalle interconnessioni fra i membri del gruppo e dalle idee, emozioni e stati d'animo che ne scaturiscono.

Le interazioni e gli scambi in un gruppo sono molto più ricchi che nella terapia individuale e la comunicazione ha una prevalenza emotiva: ogni cosa espressa verbalmente o non, risuona nel gruppo e attraverso il gruppo, suscitando nei membri una risposta emotiva.

Questo è il grande valore aggiunto della terapia gruppe, una sorta di effetto *cassa di risonanza* che velocizza i processi comunicativi ed emotivi.

Nella terapia di gruppo l'enfasi è sempre posta sull'analisi del "qui ed ora" ed ogni membro del gruppo, incluso l'analista, è contemporaneamente osservato e osservatore dei processi del gruppo.

In questo senso tutti i partecipanti sono alla pari, compreso il terapeuta che quindi non gode di uno statuto privilegiato e che, pur restando il leader del gruppo, non si pone in modo gerarchico né impone uno stile direttivo. Il conduttore partecipa al gruppo in prima persona mantenendo uno "sguardo" multidimensionale che osserva i processi del qui ed ora, ma anche il funzionamento del gruppo in quanto tale.

Uno degli obiettivi principali di questo tipo di terapia è quello di rendere ogni membro del gruppo attivo e partecipe affinché possa sviluppare le proprie potenzialità e risorse. Allo stesso modo il gruppo dovrà diventare il più autonomo possibile anche dalla

guida della conduzione che non imporrà argomenti né discussioni e che lentamente tenderà a scivolare sullo sfondo.

Mentre nella terapia individuale, come abbiamo visto, si analizza la relazione duale terapeuta-paziente, nella terapia di gruppo si osservano e analizzano le multiple relazioni e l'interdipendenza fra i membri del gruppo.

L'esperienza di una terapia in gruppo è sempre molto coinvolgente e fortemente trasformativa, obbliga a mettersi profondamente in discussione e sollecita molto la funzione empatica di comprensione nei confronti degli altri.

Si possono distinguere tre fasi nel funzionamento di un gruppo.

La *fase iniziale* di fondazione, durante la quale i vari membri del gruppo si conoscono, si costruisce il senso di appartenenza al gruppo e si definisce la *matrice* ovvero gli specifici contenuti del patrimonio biologico e culturale degli individui in relazione in quello specifico gruppo. Una *fase centrale* di consolidamento dove si attraversano i fenomeni in profondità ed infine una *fase conclusiva* dove si lavora alla separazione e alla fine dell'esperienza.

Possiamo dire che la fase iniziale, fondante per il senso di appartenenza al gruppo, è quella che definisce lo sviluppo dell'alleanza terapeutica. In questa fase sono subito attivi i fattori terapeutici essenziali della terapia di gruppo come la possibilità di rispecchiamento reciproco, la risonanza emotiva, la coesione, la condivisione, l'altruismo, la possibilità di apprendimento interpersonale e di imitazione.

Su questa base si consoliderà l'alleanza fra i membri del gruppo che potrà sostenere tutto il processo terapeutico.

Il consolidamento dell'alleanza terapeutica e del senso di appartenenza farà sì che lentamente i partecipanti agli incontri possano divenire "un gruppo" e il semplice fatto di appartenere ad un gruppo cooperativo contribuirà ad avviare un processo di miglioramento.

Transfert e controtransfert

di Francesca Scorcìa

L'intensità della relazione terapeutica – Il Transfert – Il Controtransfert – Aspetti clinici

*“Bambina mia,
Per te avrei dato tutti i giardini
del mio regno, se fossi stata regina,
fino all'ultima rosa, fino all'ultima piuma.
Tutto il regno per te.
E invece ti lascio baracche e spine,
polveri pesanti su tutto lo scenario
battiti molto forti
palpebre cucite tutto intorno. Ira
nelle periferie della specie. E al centro
ira.
Ma tu non credere a chi dipinge l'umano
come una bestia zoppa e questo mondo
come una palla alla fine.
Non credere a chi tinge tutto di buio pesto e
di sangue. Lo fa perchè è facile farlo.
Noi siamo solo confusi credi.
Ma sentiamo. Sentiamo ancora.
Sentiamo ancora. Siamo ancora capaci
di amare qualcosa.
Ancora proviamo pietà.
Tocca a te, ora,*

*a te tocca la lavatura di queste croste
delle cortecce vive.
C'è splendore
in ogni cosa. Io l'ho visto.
Io ora lo vedo di piu'.
C'è splendore. Non avere paura.
Ciao faccia bella,
gioia piu' grande.
L'amore è il tuo destino.
Sempre. Nient'altro.
Nient'altro. Nient'altro"*

(Per te bambina mia, Mariangela Gualtieri)

L'intensità della relazione terapeutica

L'inizio di una psicoterapia può essere inteso come l'inizio di un viaggio: terapeuta e paziente si mettono in cammino attraverso un sentiero che si dispiega in territori sconosciuti.

Il cammino può essere dolce, rassicurante, ristoratore, ma d'un tratto può farsi impervio, ripido, esposto. Man mano che il paesaggio cambia, risuonano emozioni e sentimenti diversi per intensità e per natura.

Nel momento in cui ci si imbatte in situazioni che spaventano, che addolorano, che generano angoscia, vengono erette difese, si costruiscono fortini, si cerca di fuggire lontano, perchè stare a contatto con il dolore non è per nulla una cosa semplice.

In questo percorso però non si è soli. Il terapeuta è a fianco al paziente, segue il suo passo, lo rispetta e, a seconda della fase che si

sta vivendo, modulerà la propria funzione: sarà colui che sostiene, che offre riparo, che contiene, che sopperisce a una funzione carente, che mette in parole, quando queste ancora mancano, che dà il limite, ma anche colui che accetta di “incarnare” aspetti e personaggi significativi della vita del paziente, attraverso una serie di dinamiche relazionali che, come avremo modo di vedere, riguardano il transfert e il controtransfert.

Benché fisicamente paziente e terapeuta siano fissi nella stanza della terapia, tendenzialmente sempre negli stessi giorni e nelle stesse ore della settimana, in realtà poi prendono il largo, raggiungendo, nel momento presente, luoghi sconfinati e lontani.

La meta che si prefigge questo viaggio è quella di aiutare il paziente a raggiungere una miglior conoscenza dei propri territori interni, far sì che egli possa orientarvisi meglio e impari a riconoscere e ad accettare anche quegli anfratti più bui e spaventosi come parti proprie e legittime, di cui prendersi cura e, almeno in parte, bonificare.

Questo lavoro consentirà alla persona di acquisire una miglior integrazione del proprio mondo interno: inizialmente è come se ci si muovesse in un territorio frammentato, in cui vi sono delle zone buie che non si possono nemmeno scorgere, crepacci invalidabili che lasciano isolate intere aree, foreste fitte e impenetrabili. Man mano che si va avanti, la persona acquisirà quegli strumenti che innanzitutto gli permetteranno di mettere a fuoco ciò che lo circonda, di renderlo esplorabile e, quindi, conoscibile: si costruiranno ponti, collegamenti, si apriranno varchi e nuovi accessi.

Gli strumenti acquisiti durante il percorso terapeutico sono destinati a durare, diventano parte del bagaglio del paziente, che potrà

ricorrervi, anche successivamente, a psicoterapia conclusa.

Ciò che lega paziente e terapeuta in questo viaggio è la relazione terapeutica, relazione particolare e intensa, in cui vi è una costante e reciproca influenza. Gli scambi intersoggettivi dei due compagni di viaggio conducono alla costruzione del campo emotivo in cui si svilupperà la terapia, attraverso una continua modulazione che tiene conto sia degli aspetti verbali della comunicazione, ovvero di ciò che viene detto, sia di aspetti più profondi, di cui spesso non si è consapevoli.

La relazione terapeutica si sviluppa all'interno del setting che, come una sorta di cornice, definisce uno spazio cui paziente e terapeuta devono attenersi e racchiude sia gli aspetti ambientali (il luogo fisico dove la relazione si svolge), sia le regole del contratto terapeutico (frequenza e durata delle sedute, ecc.), sia le regole che gestiscono la relazione fra paziente e terapeuta (quale, ad esempio, l'assenza di contatti al di fuori della terapia).

Il setting delimita, quindi, un'area particolare in cui tutto quello che avviene (gli atti compiuti, le parole dette e quelle non dette) assume un valore terapeutico.

Presupposto perché il setting venga rispettato e si possa quindi sviluppare una buona relazione terapeutica è l'instaurarsi di una solida alleanza di lavoro: *“Un reciproco accordo riguardo agli obiettivi del cambiamento e ai compiti necessari per raggiungere tali obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico”* (Edward Bordin, 1979).

Affinché il viaggio possa essere intrapreso, è quindi importante che fra paziente e terapeuta si sviluppino fiducia e rispetto, che

il paziente si senta sufficientemente sicuro da potersi, almeno in parte, “affidare” all’altro e mettersi in gioco. Questo passaggio non è affatto scontato né tanto meno immediato: per una persona che sta affrontando un momento di fragilità riuscire ad aprirsi a una persona estranea richiede un grande investimento.

L’inizio del percorso è proprio dedicato alla costruzione di questo legame di fiducia in cui vengono accolti molti sentimenti che hanno a che fare con la paura della dipendenza, del giudizio, dell’abbandono, del cambiamento, del fatto che l’altro lo possa veramente capire e aiutare.

Nel momento in cui tutti questi aspetti saranno compresi, la diffidenza potrà ridursi, lasciando spazio al contatto e all’alleanza.

Alberto è un ragazzo di 34 anni, che sta attraversando un periodo di crisi a seguito della fine di una relazione sentimentale. Non riesce a capire il motivo del suo malessere, dal momento che non aveva investito in questa relazione: *“Non sono pronto a costruire qualcosa di serio, al momento cerco solo situazioni leggere”*.

Per la prima volta però è stato lui ad essere lasciato. Attualmente è come se si sentisse sommerso da un malessere che lo accompagna per tutta la giornata, con picchi di diversa intensità.

La mattina, al risveglio, sente un’oppressione al petto, il cuore batte veloce, c’è una forte tensione anche a livello addominale *“Come quella che si prova prima di un esame, per intenderci... però è diverso perché prende anche la testa, mi fa sentire quasi stordito, stonato, un po’ come prima di un mancamento”*.

Questa situazione lo porta a ritirarsi: non riesce più a uscire, a stare in compagnia delle altre persone, riesce solo ad andare al lavoro, anche se con grande fatica, dovendo tenere a bada tutte

queste spiacevoli sensazioni che lo accompagnano.

Ripercorrendo la sua storia, Alberto racconta che quando aveva poco più di due anni sua mamma si era ammalata di una grave malattia che l'ha costretta nei due anni e mezzo successivi a continui ricoveri in ospedale, durante i quali è stata sottoposta a pesanti cure intensive.

Lui dice di non aver sofferto per questa situazione, perché era piccolino, non si rendeva conto, ed è stato accudito dai nonni, vivendo un po' con loro e un po' con il papà, che si divideva tra la casa e l'ospedale.

Per quanto Alberto non ricordi di aver sofferto per questa situazione e per quanto gli adulti si siano presi cura di lui e abbiano cercato di proteggerlo, la malattia della mamma e la concreta possibilità che lei potesse morire sono entrate inevitabilmente e in modo dirompente nella sua giovane vita.

12esima seduta:

Alberto: "Continuo a stare male, mi sembra che non cambi niente, anzi forse sto peggio di prima, adesso non riesco nemmeno più a guidare, io che mi sono sempre mosso da solo, che mi sono fatto anche più di mille chilometri da solo senza battere ciglio... adesso sono costretto a chiedere a mia mamma o a mio papà di accompagnarmi al lavoro, cioè davvero come uno sfigato di prima categoria..."

Psicoterapeuta: "Deve essere una sensazione davvero terribile, è come se non riuscisse più a riconoscersi..."

A: "Sì, infatti, io ho sempre affrontato i problemi di petto e adesso mi sembra un bambinetto cagasotto che piange alla prima difficoltà... In questi giorni ci ho pensato, non so se continuare a

venire qui... mi sembra che non serva a niente.... Del resto sono già andato dal cardiologo e dal gastroenterologo che, dopo visite ed esami, mi hanno liquidato senza darmi alcuno aiuto e mi sembra che qui succederà lo stesso, penso che anche lei non possa aiutarmi... meglio chiudere prima piuttosto che perdere tempo e denaro..."

P.: "Un bambino cagasotto è un modo svalutante di descrivere un bambino che è spaventato, talmente spaventato che rimane allagato dalla propria paura... e queste sensazioni devono essere ancora più amplificate dal fatto che questo bimbo si senta tremendamente solo, abbia l'impressione che non ci sia nessuno che lo possa aiutare, che gli possa offrire riparo e conforto..."

D'un tratto gli occhi di Alberto si fanno lucidi, colmi di lacrime che però trattiene, non lascia andare.

P.: "Immaginare un bambino che si senta così è doloroso, fa male..."

Rimane in silenzio, le lacrime ora scendono copiose. E' un momento "pieno", in cui la tensione delle difese si dissolve, seppur per pochi attimi, lasciando spazio ad un contatto profondo con emozioni e vissuti carichi d'intensità e di significati.

In questa seduta avviene un passaggio importante: per la prima volta Alberto porta non solo la sofferenza legata ai sintomi, ma entra in contatto con un dolore profondo, lo vive e lo incarna, anche se non riesce ancora a esplicitarlo.

In questo momento del percorso terapeutico si trova in una situazione di estrema fragilità: si sente profondamente vulnerabile, non solamente per i sintomi che condizionano la sua quotidianità, ma anche per il fatto di sentire di non farcela più da solo e di avere

bisogno dell'aiuto dell'altro.

Il fatto che insieme a lui ci sia la terapeuta che vive, a sua volta, queste intense e tumultuose emozioni, senza distanziarle o rimanerne sopraffatta, permette ad Alberto di fare l'esperienza di una relazione in cui questi sentimenti e vissuti, così carichi di angoscia, possano essere contenuti, accettati e, gradualmente, nominati. Il sentirsi tenuto dentro questo spazio relazionale gli permetterà di rimanere in contatto con la sua profonda e inconscia paura di dipendenza dall'altro, con i sentimenti di vulnerabilità che ne conseguono, senza doverne fuggire, interrompendo la psicoterapia.

All'interno della relazione terapeutica, il transfert e il controtransfert giocano un ruolo molto importante: come una bussola aiutano il terapeuta ad orientarsi, a capire dove ci si trova in quel dato momento del percorso. Come tutti gli altri strumenti del lavoro clinico, anche questi non sono qualcosa di estrinseco, di concreto, come potrebbero essere un bisturi o un farmaco, ma si concretizzano all'interno di uno specifico scambio relazionale, attivando reazioni, immagini ed emozioni nelle persone coinvolte.

Lo psicoterapeuta userà questo prezioso materiale per decodificare quanto emerge nelle sedute, rendendo possibile l'evoluzione del processo trasformativo all'interno della psicoterapia.

Dal momento che questi fenomeni creano una forte risonanza emotiva anche nel terapeuta, è importante che quest'ultimo sia in grado di riconoscerli e di elaborarli, senza cercare di difendersene, distanziandoli, ma anche senza esserne sopraffatto. Il terapeuta ha il dovere e la responsabilità di mantenere uno sguardo d'insieme rispetto a quanto sta avvenendo nella psicoterapia, mantenendo

quella giusta distanza che gli consentirà di ascoltare e di sentire nel profondo le dinamiche che si manifestano in seduta, ma anche di metterle a fuoco, di distinguerle, di comprenderle e di elaborarle. Nello svolgere questa complessa funzione, il terapeuta dispone di diversi strumenti che lo aiutano e lo sostengono, quali la propria analisi personale, la propria formazione professionale, il modello teorico di riferimento, le supervisioni.

Il Transfert

Il transfert è un meccanismo inconscio che consiste nello spostamento di aspetti che appartengono al proprio mondo interno su un oggetto esterno, reale, ovvero l'altro con cui si è in relazione. A essere spostati possono essere emozioni e sentimenti legati a precedenti relazioni significative, conflitti non elaborati, contenuti inconsci rimossi e inaccettabili che, come una lente, filtrano il presente alla luce di vissuti e di ferite appartenenti al passato. Come tutti i fenomeni inconsci è atemporale per cui, a essere trasferite, possono essere indistintamente immagini recenti così come immagini arcaiche.

Il transfert si attiva spontaneamente all'interno di una relazione e senza la consapevolezza e, solo nel caso in cui la persona possieda una buona capacità introspettiva, potrà riconoscerlo e diventarne consapevole.

Per capire meglio quanto appena scritto, riporto un breve stralcio del racconto di un'interazione di coppia emerso durante un percorso di sostegno alla genitorialità: la signora, in seduta, racconta che tra lei e il marito è avvenuto un episodio che l'ha profondamente ferita, in cui lui l'avrebbe maltrattata senza alcun motivo.

I due, qualche giorno prima, avevano deciso di comune accordo di trascorrere le vacanze estive, con tutta la famiglia, in Corsica e il marito, sottolineando l'urgenza di contattare l'agenzia di viaggio per prenotare la nave, si era appuntato il numero di telefono. Il giorno dopo, alla domanda della moglie se fosse riuscito a mettersi in contatto con l'agenzia, ha risposto con grande carica aggressiva: *“Cosa vuoi? Perché adesso mi devi dare la colpa di non aver telefonato all'agenzia? Chi l'ha detto che dovrei farlo io e non tu?”* e il tono della voce viene descritto come alto e tagliente. Quest'uomo porta dentro di sé una storia familiare in cui è sempre stato considerato come il figlio incapace, sbagliato, che non conclude mai niente di buono e ciò spiega il motivo per cui questo scambio relazionale possa aver attivato quelle sensazioni estremamente dolorose.

Questa dinamica, che agisce a livello inconscio, lo ha portato a cogliere in modo distorto la domanda della moglie, attribuendo a lei un qualcosa che in realtà a lei non appartiene, ovvero l'intenzione di umiliarlo e colpevolizzarlo, proprio come era sempre accaduto nel suo passato.

Il transfert è dunque un fenomeno universale, intrinseco a tutte le relazioni umane, fin dalla notte dei tempi, ma il percorso che ha portato alla sua teorizzazione e al riconoscimento della sua rilevanza è stato lungo e complesso ed è tutt'oggi in continua evoluzione.

È stata la psicoanalisi a coniare il concetto di Transfert; tale fenomeno venne descritto per la prima volta da Freud, che mise in evidenza il fatto che, in alcune fasi della relazione analitica, accadeva qualcosa che andava ad interferire con le associazio-

ni verbali dei pazienti, talvolta in una maniera talmente intensa da causare una vera e propria interruzione del flusso associativo. Questo blocco, che si caratterizzava anche da un cambiamento di atteggiamento del paziente nei confronti del medico, era causato da una sorta di “falso nesso”, di “falso collegamento” che il paziente creava tra il medico e una persona che rappresentava l’oggetto di suoi precedenti sentimenti.

Freud ritenne che il paziente, in seduta, rivivesse esperienze psichiche appartenenti al proprio passato come se fossero attuali e riguardassero la sua relazione con l’analista.

I sentimenti legati a tali esperienze psichiche, tenuti scissi dalla coscienza, riemergevano, sganciati però dal loro oggetto e dal loro contesto originari.

Negli studi più recenti, viene sottolineata l’importanza del “qui e ora”: sebbene infatti nel transfert giochino un ruolo importante le esperienze infantili e le relazioni passate del paziente, esso non è mai una semplice e pura ripetizione del passato o una distorsione del presente. Nella relazione psicoterapeutica si viene a creare qualcosa di nuovo: l’analista, infatti, interpreta e ricostruisce il passato alla luce delle reazioni emotive che avvengono nel presente, all’interno di una relazione in cui vi è reciproca influenza. Attraverso il lavoro analitico, la ripetizione di qualcosa consente un’apertura a nuovi significati: è nel presente, quindi, che si possono trovare le occasioni per la trasformazione ed il superamento della sofferenza.

Il Controtransfert

Con il termine controtransfert s’intende l’insieme dei sentimenti

e degli atteggiamenti dell'analista, sia consci che inconsci, nei confronti del paziente.

Anche il riconoscimento dei fenomeni di controtransfert non è stato né semplice, né immediato.

Freud ne parlò per la prima volta al secondo congresso di psicoanalisi come una forza che *“insorge nel medico per l'infusso del paziente sui suoi sentimenti inconsci”* e che ostacola il processo analitico.

Il controtransfert si sviluppava a causa dei conflitti inconsci irrisolti e delle resistenze interne dello psicoterapeuta, creando delle *“macchie cieche”* che ostacolavano la comprensione dell'inconscio del paziente. Per ovviare a tale problema è necessario che il futuro analista si sottoponga ad una sorta di *“purificazione psicoanalitica”* che inizialmente ritenne attuabile attraverso l'autoanalisi. Successivamente, invece, indicò come necessario il fatto di sottoporsi ad una analisi personale.

Al centro della pratica analitica, quindi, non vi è solamente il contributo portato dal paziente, ovvero il transfert, ma anche il contributo dell'analista, con particolare riguardo al suo controtransfert. È necessario sottolineare l'importanza del momento presente anche nel controtransfert: l'analista proietterà quelle parti di sé che hanno in qualche modo a che fare con la realtà del paziente, in interazione nel qui e ora della relazione analitica.

L'uso del controtransfert non è così semplice e immediato, dal momento che è un meccanismo inconscio che racchiude in sé aspetti e vissuti personali dell'analista.

È dunque necessario, affinché possa essere usato come strumento terapeutico, che l'analista sia consapevole della propria soggetti-

vità e che svolga un profondo e continuo lavoro di elaborazione interiore.

Accogliendo ed elaborando i propri vissuti controtransferali, l'analista potrà raggiungere una posizione empatica nei confronti del paziente, consentendo a quest'ultimo di sentirsi accolto e compreso nei propri bisogni più profondi.

Aspetti clinici

Nella dinamica transfert – controtransfert concorrono dunque una grande molteplicità di aspetti legati a sensazioni, sentimenti, emozioni e difese; tra tutti ce n'è uno che occupa un posto di rilievo: il dolore, elemento fondamentale anche rispetto all'evoluzione del percorso terapeutico stesso.

Come scrisse Freud nell'opera "Inibizione, sintomo e angoscia" del 1925, *"Il dolore è dunque la reazione propria alla perdita dell'oggetto"*, ha quindi a che vedere con la perdita di qualcosa di caro. È un'esperienza con cui bisogna fare i conti per tutta la durata della propria vita, fin dalle sue origini, e che può manifestarsi con gradazioni diverse rispetto ad intensità e qualità.

A volte il dolore in cui ci s'imbatte può essere talmente intenso e lacerante da non poter essere vissuto, perché il rimanervi a contatto comporterebbe un rischio e una minaccia troppo grandi per il proprio equilibrio psichico. Così accade che il dolore venga nascosto alla coscienza, al vissuto consapevole e prenda altre strade e altre forme di espressione. In queste situazioni viene a mancare un'esperienza psichica ed emotiva sul proprio dolore: si sente il dolore, ma non lo si soffre.

Saper vivere e saper gestire le emozioni dolorose è qualcosa che

s'impara nel corso della vita: se il bambino è tenuto in una relazione che accoglie e contiene, avrà la possibilità di imparare gradualmente a vivere l'esperienza della sofferenza, della rabbia e di tutte le altre emozioni che caratterizzano e arricchiscono la vita affettiva. Se le esperienze dolorose, legate alla separazione dal suo oggetto d'amore, saranno contenute e legittimate dall'altro, egli imparerà a tollerare la perdita e ad aprirsi al nuovo.

Se questo non dovesse avvenire o se nel corso della crescita si verificassero esperienze traumatiche, egli potrebbe percepire i propri sentimenti come una minaccia e, per difendersene, potrebbe assopirli, devitalizzando dentro di sé ogni emozione, con un conseguente grave impoverimento della propria vita affettiva e psichica.

Se le emozioni non possono essere vissute come esperienza psichica, esse non potranno nemmeno essere pensate, simbolizzate, condivise. In questi casi, in cui viene quindi a mancare la rappresentazione psichica, il dolore si manifesterà sotto altre vesti, troverà altre modalità di espressione: malessere generalizzato, aggressività, violenza, noia, stanchezza, apatia, sopore, indifferenza, ansia, panico.

Nelle situazioni di maggiore sofferenza, in cui la mancanza di aspetti vitali è talmente vasta da portare la persona a non sentire quasi più nulla, si può arrivare alla perdita della speranza: nulla potrà mai cambiare, non potrà esserci altro se non questo malessere indefinito in cui si è sprofondati.

La funzione della psicoterapia è quella di aiutare gradualmente il paziente a "sentire" di nuovo, a lasciarsi andare a quel dolore che porta dentro di sé, ma che non ha potuto riconoscere e soffrire nel

corso della propria esistenza. Questo passaggio, seppur intenso, complesso e doloroso, gli consentirà di riscoprire il piacere, il gusto delle cose, di sentirsi più vivo e più in contatto con se stesso. Riporto qui di seguito alcuni passaggi del percorso psicoterapeutico di Elisabetta, una ragazza di 33 anni, al fine di esemplificare anche da un punto di vista clinico le dinamiche transferali e controtransferali che avvengono all'interno di una relazione terapeutica.

Quando incontro Elisabetta per la prima volta, mi si presenta una ragazza minuta, dai capelli castani raccolti in una coda, il viso leggermente emaciato e due grandi occhi scuri sfuggenti che, per la maggior parte del colloquio, evitano il mio sguardo e rimangono bassi, fissi sulle proprie mani intrecciate l'una all'altra. Rimane seduta quasi in punta alla poltrona, senza mai appoggiare la schiena, tiene indosso la giacca e il foulard che porta al collo, malgrado in studio la temperatura sia calda. Ogni tanto accenna un sorriso che lascia trapelare tutta la tensione di quel momento.

T.: "Non è facile trovarsi con una persona che non si conosce per parlare di sé...."

E.: "Non so bene cosa dire... è la prima volta che vengo da una psicologa"

T.: "Se le va, potrebbe raccontarmi cos'è che l'ha portata qui "

E.: "In realtà non c'è niente di grave, non è successo qualcosa di particolare. Sono sempre stata timida di carattere, penso di essere nata così, però, in questi ultimi sei mesi, i pensieri che ho sempre avuto hanno preso il sopravvento, mi riempiono la mente, penso di aver raggiunto il fondo..."

Elisabetta strofina le dita tra loro fino a farle arrossare, le chiedo

quali siano questi pensieri che non le danno pace e lei risponde:
E.: “Penso a cose brutte che possono capitare ai miei familiari, oppure di sbagliare sul lavoro e di avere un richiamo dal mio capo o di essere licenziata...”

Le mie sensazioni controtransferali sono caratterizzate da un malessere indistinto in cui però riesco a scorgere un profondo scorporamento: è come se mi sentissi svuotata, in contatto con una sofferenza talmente pervasiva da togliere ogni possibilità di reagire. Elisabetta è la primogenita di tre fratelli, la mamma avrebbe voluto un maschio, le hanno dato il nome della Santa celebrata nel giorno in cui è venuta al mondo perché, convinti che fosse un maschietto, non avevano pensato a un nome femminile. A distanza di due anni è nato il fratellino Matteo e dopo altri tre è arrivato l'ultimogenito, Iacopo. Elisabetta descrive Matteo come un'esplosione di energia, un bambino molto vivace e, attualmente, un adulto ambizioso e propositivo. Ha studiato economia e, dopo la laurea, è stato conteso da varie aziende che ambivano ad averlo nel loro organico e attualmente lavora per una grande casa automobilistica. Iacopo è sempre stato un bimbo molto dolce e affettuoso e così è rimasto. Tra loro c'è un legame stretto: telefonicamente si sentono almeno due volte alla settimana, attualmente vive a Milano, dove ha trovato lavoro come architetto presso un importante studio che si occupa di organizzazione di eventi.

Elisabetta si racconta invece come una bambina tranquilla che non ha mai dato problemi, timida e riservata, aveva difficoltà a fare amicizia con i compagni, preferiva stare a casa, giocare nella sua cameretta.

Il padre lavora negli uffici delle Ferrovie dello Stato, è una perso-

na estremamente mite che non prende mai posizione in famiglia e si adatta a quello che decide la moglie. Ha sempre lavorato tanto e, quando possibile, si ferma oltre l'orario di lavoro per guadagnare qualcosa in più.

La mamma, invece, benché diplomata all'istituto magistrale, si è trovata costretta a rinunciare al lavoro perché, nel momento in cui è stata chiamata a ricoprire una supplenza annuale, era incinta di sette mesi di Elisabetta. Arrivati gli altri due figli, non ha più nemmeno provato a reinserirsi nelle graduatorie.

Da piccola non ha frequentato il nido, è rimasta a casa, ha iniziato la materna un anno prima: le suore hanno fatto una eccezione alla regola, facendola entrare a due anni e mezzo, per aiutare la mamma che, nel frattempo, aveva avuto anche l'altro bimbo e aveva difficoltà a gestirli entrambi.

A lei l'asilo non piaceva:

E.: "Ricordo l'odore della mensa, il rumore che c'era, rimbombava tutto: i bicchieri che i bambini sbattevano sul tavolo, le loro risate, le loro urla... Ero sempre all'erta, come se dovesse succedere qualcosa di brutto da un momento all'altro... passavo il giorno ad aspettare mamma e Matteo che mi venissero a prendere, avevo sempre il timore che si dimenticassero di me.... Poi, sapendo che la maestra mi avrebbe sgridata se fossi rimasta seduta a guardare la porta, facevo qualche disegno o, se eravamo in giardino, ricordo che mi piaceva osservare le formiche"

Alla domanda se lei manifestasse il fatto di non voler andare all'asilo risponde:

E.: "I primi tempi piangevo, mi racconta mamma, poi invece ho smesso, però io mi ricordo che piangevo di nascosto, senza farmi

vedere dalle maestre...”

T.: “Perché di nascosto?”

E.: “Perché avevo paura mi sgridassero e forse avevano anche ragione, ero una piagnona... alle elementari è andata meglio, perché sapevo che cosa dovevo fare, quale fosse il mio compito, così mi sono impegnata e studiavo tanto, mi piaceva perché riuscivo bene... Mi ero anche fatta un'amica del cuore, timida e riservata come me, insieme ci divertivamo, inventavamo storie fantastiche dove io e lei salvavamo sempre delle persone in difficoltà, poi alle medie ci siamo perse di vista... non sono brava a tenere le amicizie. Le medie meglio dimenticarle, le ragazze della mia classe si erano tutte già sviluppate, io niente, un manico di scopa.... Mi chiamavano la tavola da surf, però non lo facevano con cattiveria, era un prendere in giro bonario...”

T.: “A volte le cose, anche se dette in modo bonario, possono ferire, farci star male...”

Provo sensazioni di tenerezza e di ingiustizia per questa bambina, la cui sensibilità veniva calpestata e stratonata di continuo, alla fine anche da lei stessa: sembra che nelle relazioni non possa essere niente di diverso se non una persona insignificante e poco apprezzabile.

Il periodo del liceo è stato più tranquillo, anche se non è riuscita a stringere relazioni importanti: era un po' la secchiona della classe, ma non veniva presa in giro dai compagni perché generosa e sempre disposta ad aiutarli, passando i propri appunti.

Dopo il diploma, si iscrive alla facoltà di economia aziendale, si laurea a pieni voti e trova lavoro presso un'azienda di informatica, in cui si occupa della gestione della contabilità. Da due anni

ha lasciato la casa familiare ed è andata a vivere da sola, non ha alcuna relazione sentimentale, né l'ha avuta in passato: *“Probabilmente sono troppo timida e goffa”*.

La prima parte del nostro percorso terapeutico è piuttosto complessa: Elisabetta racconta del proprio lavoro, dei progetti in cui è impegnata in modo molto minuzioso, parla anche dei riconoscimenti che ha ricevuto, ma questa sorta di cronistoria è priva di qualsiasi connotazione emotiva, sembra non esserci alcun coinvolgimento: l'intonazione della voce è monotona, non ci sono pause o interruzioni, il tutto è quasi ipnotico.

Il vissuto controtransferale è molto confuso, provo noia, assopimento, per poi, d'un tratto, sentirmi scossa dalla colpa, la colpa di pormi come la madre, di non interessarmi a lei.

Si insinuano sentimenti di impotenza e di inefficacia: la sento lontana, forse non sono in grado di aiutarla.

Che cosa ci stava succedendo? Che cosa mi vuole trasmettere Elisabetta?

La sensazione è quella della tela del ragno che man mano si espande e blocca in una morsa appiccicosa da cui non ci si può più liberare: non c'è spazio di movimento, non c'è spazio per il pensiero e nemmeno per il sentire perché si è paralizzati.

Nella dinamica transfert-controtransfert stavamo rivivendo il soffocamento di quegli aspetti vitali, il cui contatto sarebbe stato troppo doloroso per Elisabetta: questa noia che ci avvolgeva era un modo per non connetterci a quel magma di dolore e di rabbia che custodiva dentro di sé.

39esima seduta

A Torino, due giorni prima della nostra seduta, c'era stata un'ab-

bondante nevicata. Dopo venti minuti in cui racconta dell'ultimo progetto che stava portando avanti al lavoro, Elisabetta mi dice:
E.: "Lo sa, questa mattina stavo andando a prendere la metro perché pensavo che la mia macchina fosse completamente coperta di neve e, invece, quando ci sono passata davanti, ho avuto una bella sorpresa, qualcuno me l'aveva tutta pulita, togliendo neve e ghiaccio.... Ho poi scoperto che è stato Iacopo, prima di andare a prendere il treno per Milano... si sarà congelato le mani per me..." gli occhi le si riempiono di lacrime che iniziano a scendere, copiose, irrefrenabili, il petto è scosso dai singhiozzi. Io anche mi sento allagata da un dolore profondo, ma allo stesso tempo, caldo, vivo.

Rimaniamo in silenzio, per la prima volta c'è uno spazio tra noi, uno spazio "vuoto" in cui qualcosa può nascere, prendere forma. Elisabetta si asciuga il viso in lacrime, si ricompone e con la voce ancora rotta dal pianto, mi dice:

E.: "Non so bene perché pianga così, in questi giorni sto più male del solito... Continuo ad avere pensieri brutti che non mi lasciano in pace, penso che mia mamma si possa ammalare, mi sembra molto dimagrita ultimamente... non so... poi anche rispetto a noi, forse sbaglio qualcosa, non mi do abbastanza da fare, mi sembra che anche lei si stia stufando di me, mi lamento sempre... Forse sta pensando che questo spazio potrebbe usarlo con un'altra persona in grado di darle più soddisfazione... Il mio umore è andato completamente a terra domenica scorsa... Nel week end sono venuti a trovarci la cugina della mamma, insieme al marito ai due figli di quattro e nove anni. Stavamo pranzando quando la piccolina ha iniziato a chiedere di poter giocare con l'ipad, ma visto

che non aveva nemmeno finito di mangiare il primo, la mamma le ha detto di no. Lei allora ha iniziato a insistere, mettendosi a piangere e buttandosi per terra, ma la mamma è rimasta irremovibile, così la bimba le ha gridato: “Sei cattiva!!!! Vai via!!”

Io ero molto a disagio, a me non piacciono gli scontri, vorrei che tutto andasse subito a posto, mi sembrava assurdo il comportamento di quella bambina di quattro anni, io non mi sarei mai comportata così con mia mamma.... Quella notte poi non sono riuscita a dormire, perché è riaffiorato alla mente un episodio a cui non pensavo più da molto tempo.”

Le chiedo di raccontarmelo.

“Un pomeriggio mia mamma mi era venuta a prendere con Matteo a scuola, avrò fatto seconda o terza, quel giorno erano stati organizzati dei giochi sportivi con i bimbi di un'altra scuola, ma io, alla prima gara del fazzoletto, ero inciampata, mi ero sbucciata un ginocchio e così mi ero seduta senza più partecipare a niente... ricordo che gli altri bambini mi avevano preso in giro, mi indicavano e ridevano... All'uscita la maestra l'aveva raccontato alla mamma e, appena ci siamo allontanati dalla scuola lei, con gli occhi pieni di ira e delusione, mi aveva detto: ‘Avrei preferito avere dieci figli maschi piuttosto che te... non sei nemmeno in grado di giocare, non vali niente, mi fai fare solo brutte figure, sono cretina io a credere che tu possa fare qualcosa di furbo...’ Sono scoppiata a piangere, le ho urlato qualcosa del tipo: “Ti odio! Non voglio vederti mai più!” Ho iniziato a correre, ricordo che volevo solo fuggire via da lei, il più lontano possibile. Mia mamma mi ha raggiunto e mi ha dato uno schiaffo in viso, dicendomi che la prossima volta non mi avrebbe più inseguita né

cercata... Quella sera sono rimasta in camera mia a piangere... poco tempo dopo mia mamma si è ammalata di una forma acuta di labirintite e io me la ricordo sempre sdraiata al buio... avevo paura che stesse morendo... Non ho mai raccontato a nessuno questo episodio, questa è la prima volta che lo faccio... Penso di non essere mai piaciuta a mia mamma, non mi hai mai tenuta vicina come figlia, come invece ha fatto con i miei fratelli... con loro era diversa, si vedeva che li amava profondamente..."

Elisabetta piange, il suo viso non ha più quell'espressione contratta e controllata, ma incarna la profonda emozione che sta vivendo.

In questo scambio relazionale sta avvenendo un passaggio estremamente significativo per il nostro percorso terapeutico: Elisabetta riesce a sentire i sentimenti che animano il proprio mondo interiore, inizia a percepire i propri vissuti, a ricordarli e a metterli in parole. Questo momento è trasformativo, catartico e carico di commozione.

Entrando in contatto con il dolore e l'angoscia provati nel non essersi sentita amata dalla propria madre, Elisabetta sfiora anche i nuclei della propria rabbia per quello che le è stato negato, per le ingiustizie subite. Questa rabbia misconosciuta è inconsciamente da lei percepita come un qualcosa di talmente immenso e distruttivo che, nel momento in cui fosse emersa, avrebbe potuto uccidere l'altro.

In questo rianimarsi emerge anche la colpa, anch'essa smisurata e crudele. Elisabetta porta in seduta la colpa per i sentimenti aggressivi e distruttivi provati nei confronti dell'altro, ma anche una colpa ancor più pervasiva, la colpa di esistere, di essere venuta al

mondo: c'è il suo sentirsi non legittimata a vivere, non essendo riuscita a essere la persona che gli altri avrebbero voluto, incapace di piacere e di farsi amare. Queste colpe hanno, per un'intera vita, giustificato il fatto che l'altro la potesse trascurare, umiliare, maltrattare, mettere in disparte, perfino abbandonare.

Quanto appena descritto può essere colto anche nella dinamica transferale di questa seduta: in Elisabetta si scioglie un dolore profondo, è come se, ad un tratto, entrasse in contatto con tutto l'amore che le è mancato, con lo sconfinato bisogno di sentirsi accettata e accudita, bisogno che, malgrado tutti i suoi sforzi, non ha mai sentito appagato.

Questo genera in lei un iniziale disorientamento: tenta di distanziare il dolore che sta affiorando, confondendolo con altre sensazioni, a loro volto poco chiare e decifrabili. Tra queste ci sono la rabbia e la delusione che sposta su di me: sono io ad essere arrabbiata con lei, a essere insoddisfatta del suo darsi poco da fare. Questo movimento aggressivo attiva in lei la colpa e le angosce di abbandono: vivendosi come una persona che non ha diritto di esistere, non può permettersi di rivendicare nulla per sé. Se si esponesse in tal senso, andrebbe incontro alla sua angoscia più grande, quella di essere gettata via come un oggetto inutile, di poco conto, per fare spazio a qualcuno più valido e amabile.

Il fatto che queste dinamiche profonde avvengano all'interno di una relazione che non agisce né in modo punitivo, né tanto meno giudicante, ma che accoglie e che cerca di dar voce e senso anche a quelle parti sentite come illegittime e pericolose, le permette di abbassare le proprie difese e di rimanere in contatto con questo magma di dolore e di rabbia, lasciando che esso prenda forma e

acquisisca significati. Pian piano, Elisabetta sta imparando a volgere uno sguardo più amorevole verso di sé, permettendo l'avvio del processo che porti all'acquisizione di un adeguato livello di autostima e di autovalutazione.

T.: "Oggi tra noi sta succedendo qualcosa di meraviglioso.... Sembra che, come la sua macchina, il suo cuore si stia liberando dalla morsa del ghiaccio che lo teneva avvolto, come se si stesse scongelando, ritrovando il suo calore... "

E.: "E' una sensazione strana, sto male, però allo stesso tempo questa tristezza mi dà un peso, interiormente intendo, mi sento di custodire qualcosa, non ho più la sensazione di sentirmi completamente vuota, di vivermi come una coltre di nebbia leggera che rimane in superficie: ora c'è qualcosa di mio, che è nato da me.... Come se mi sentissi più viva... "

Aggressività, colpa e angoscia

di Laura Mariotto

L'aggressività - Gli aspetti dell'aggressività - Sentirsi in colpa - Un caso clinico - Da dove nasce il sentimento di colpa? - La rimozione - L'angoscia - Aggressività, angoscia e colpa nel rapporto psicoterapeutico.

L'aggressività

L'aggressività è un istinto, cioè una componente dell'inconscio, una pulsione primordiale che spinge il soggetto all'azione e al soddisfacimento immediato del bisogno. Gli istinti sono primordiali in quanto fanno parte degli esseri viventi fin dalla nascita.

Ad esempio, mantenersi in vita è un istinto che spinge alla ricerca di condizioni necessarie alla sopravvivenza: spinge a nutrirsi, a ricercare il cibo quando si ha fame e a bere quando si ha sete.

L'aggressività fa parte degli istinti. Essa consente di difenderci, di preservarci nel momento in cui avvertiamo il pericolo e rappresenta un'espressione delle tendenze attive dell'uomo.

Nel momento in cui un individuo si sente minacciato e non può fuggire, la paura prende il sopravvento e l'aggressività, come difesa, si esprime attraverso l'ostilità, la violenza e la distruzione di ciò che ne minaccia l'integrità.

Si definisce aggressiva una persona che si pone verso l'altro con ostilità, che si impone con arroganza, urlando e utilizzando atteggiamenti violenti.

Comportamenti aggressivi fanno parte della natura umana e possono essere riconosciuti nel cattivo carattere, nella meschinità,

nell'invidia e nell'arroganza. Si tratta di comportamenti che spesso sono causa d'infelicità e richiedono la spesa di molta energia nel tentativo di dominare e di attenuarne gli effetti dannosi.

Alcune forme di aggressività sono di fondamentale importanza per l'esistenza quotidiana. Nel lavoro come nei piaceri è necessaria una certa dose di aggressività per soddisfare l'istinto di conservazione.

Esistono fondamentalmente due tipi di aggressività:

- l'aggressività come istinto alla conservazione che spinge l'individuo ad imporre le proprie esigenze, ad agire per preservare il proprio benessere ed è rappresentata dall'energia che si impiega nell'affrontare gli ostacoli;
- l'aggressività distruttiva, rappresentata dall'ostilità e dalla violenza, nasce da un sentimento di paura. E' presente in persone scontente, insoddisfatte delle proprie condizioni di vita.

Se c'è qualcosa che non possono ottenere, un bene di prima necessità o semplicemente qualcosa di piacevole, viene attivato un *senso di perdita*. In generale qualsiasi persona (come quasi tutti gli animali) attaccata, minacciata di un furto o di un danno, compie un'azione aggressiva.

Gli aspetti dell'aggressività

Sono due essenzialmente le strade che può seguire l'aggressività:

- palese ed esplicita che si esprime nel comportamento attraverso l'arroganza, l'irascibilità, la tendenza alla lite e ad opprimere gli altri con rimproveri o urla;
- mascherata, che non si nota, non si vede apparentemente, ma che può essere espressa da atteggiamenti del tutto opposti: com-

portamenti estremamente controllati, eccessiva sottomissione all'autorità, gentilezza ed educazione eccessive. Questa aggressività è repressa, bloccata nell'inconscio, nel senso che la persona non consente a questo istinto di fare parte della propria concezione globale della vita e di sé. Questo perché l'aggressività scatena angoscia e viene avvertita come un pericolo.

Per spiegare il concetto di aggressività inconscia occorre sottolineare che in tutti gli esseri viventi esistono istinti aggressivi di cui, in genere, è molto difficile accettare l'esistenza: si tende a svalutarli, minimizzarli, senza tener conto della loro importanza. Non li osserviamo direttamente, li teniamo al margine del nostro campo visivo e non permettiamo che entrino a far parte della nostra concezione globale della vita. Mantenendoli un po' confusi, essi non appaiono vividi, reali, vitali e quindi non ci spaventano come se li vedessimo chiaramente.

Sentirsi in colpa

Abbiamo visto che l'aggressività può esprimersi in modi diversi: può manifestarsi in modo esplicito oppure, scontrandosi con le regole e la morale, trasmesse con l'educazione, può dare vita a un senso di colpa per il quale verrà camuffata in atteggiamenti che apparentemente non farebbero pensare alla presenza di questo istinto. Nel meccanismo per cui l'aggressività viene tramutata in atteggiamenti opposti, come eccessiva gentilezza e compiacenza, ha un ruolo fondamentale il *sentimento di colpa*.

Vediamo meglio di cosa si tratta.

Il sentimento di colpa si esprime in molti modi e anche in questo caso, come per l'aggressività, può essere cosciente oppure incon-

scio.

Il senso di colpa cosciente è espresso da frasi del tipo: “...*mi sono comportato così, ma ora mi sento in colpa*”, “... *durante quella lite con mio padre gliene ho dette di tutti i colori e ora mi sento in colpa per averlo ferito...*”

Il senso di colpa inconscio si esprime, invece, attraverso comportamenti, vissuti e sentimenti vari come ad esempio la sensazione di essere scorretto, di non essere all'altezza della situazione, di essere respinto. Quando esiste un sentimento di colpa inconscio la persona vive in funzione dell'opinione altrui, ha spesso paura di essere criticata e biasimata e cercherà di fare di tutto per essere perdonata ed accettata.

In altri casi la sensazione d'inferiorità determinata dal senso di colpa inconscio fa sì che la persona, proprio per arginare il senso d'insicurezza e la timidezza, assuma comportamenti rigidi, stereotipati oppure molto educati ed accondiscendenti, soprattutto verso i superiori.

Un caso clinico

Rossella, 30 anni, inizia un percorso di psicoterapia in quanto soffre di attacchi di panico che non le consentono più di uscire di casa, ha paura di guidare, di prendere il pullman, di frequentare luoghi affollati, ma l'angoscia più grande è quella di fare del male al suo fidanzato, un uomo di 36 anni con cui convive da un anno. I primi attacchi di panico erano iniziati tre anni prima, quando aveva perso il lavoro e finito, contemporaneamente, una relazione con un ragazzo di cui era molto innamorata e che l'aveva lasciata senza darle nessuna spiegazione.

Si presenta al Servizio di Igiene Mentale inviata dal suo medico curante. Le fissano una visita psichiatrica dove le viene prescritta una terapia farmacologica, con l'indicazione di una psicoterapia. Quando Rossella inizia i colloqui è confusa e spaventata.

Parla dei suoi sintomi: tachicardia, vertigini, paura di morire, ma soprattutto timore di fare del male agli altri. Tutto ciò comporta la presenza di importanti limiti nella sua vita: evita di uscire di casa, evita le relazioni sociali, inizia la crisi con il suo convivente. Nel corso di un anno di sedute emerge che la paura di fare del male riguarda in particolare il suo convivente Massimo. Fare del male significa uccidere. Questa idea la terrorizza perché non si riconosce, cade in preda ad una grande angoscia che la confonde, non ha più fiducia in sé.

Rossella descrive il convivente come un ragazzo molto buono, che le sta vicino, la ascolta, le lascia fare tutto quello che desidera; c'è tenerezza tra di loro, fanno tutto insieme. L'unico aspetto che va male è la vita sessuale: lei non prova nulla, né passione né desiderio. Non affrontano insieme l'argomento. Lei pensa che sia meglio così: una storia tranquilla e sicura piuttosto che una appassionante e travolgente, ma nella quale potrebbe rimanere scottata ed abbandonata come le è successo in passato. Ciò che la manda in crisi è questo pensiero: *"...Come posso essere così malvagia nel poter immaginare di uccidere una persona così buona e che mi ama così tanto? Non esiste una ragione: sono impazzita a voler male ad una persona che mi ama..."*

Per contrastare il senso di colpa, comincia a comportarsi in modo totalmente opposto: ripete innumerevoli volte al ragazzo che lo ama, diventa sempre più gentile e accondiscendente nei suoi con-

fronti, scrive liste di pregi e di motivi per cui lo ama.

“...In realtà lo facevo per convincere me stessa!” afferma dopo un certo numero di sedute.

Durante il percorso terapeutico, sempre con molto pudore, inizia a dare una nuova descrizione del fidanzato: una persona priva di iniziativa che si appoggia a lei e non ha interessi *“...è un po' smidollato, poverino... però mi vuole bene.”*

Rossella sente sfuggire il controllo di sé, afferma di non sentirsi più all'altezza delle situazioni, teme di non essere in grado di svolgere il proprio lavoro, ha bisogno di conferme in quanto ha la sensazione che tutto ciò che fa sia sbagliato.

Insomma non si riconosce più, è confusa e soprattutto molto angosciata dal fatto di poter fare del male al fidanzato.

Ha dentro di sé un forte senso di colpa che nasce *“dal pensiero di fare del male ad una persona che ama...”*

Durante circa un anno di sedute, anche se con molta difficoltà, arriva ad elaborare che probabilmente Massimo non è la persona adatta a lei. E' entrato nella sua vita in un momento difficile (perdita del lavoro e fine di un'importante relazione d'amore), un momento in cui aveva probabilmente bisogno di sicurezza, di affetto e, soprattutto, di un rapporto in cui non fosse presente il pericolo di essere nuovamente abbandonata. La relazione con lui rappresentava stabilità e sicurezza affettiva. Si rende conto che Massimo può essere un amico, ma non un compagno. Non ha però il coraggio di interrompere la relazione perché lui si è sempre comportato in modo amorevole con lei.

Prende coscienza del fatto che quella che lei viveva come cattiveria era il desiderio di liberarsi di una relazione che pian piano

la stava spegnendo e che le sue fantasie di liberarsi di Massimo, probabilmente erano un modo per rappresentare il suo forte desiderio d'interrompere quella relazione. L'aggressività inconscia si era camuffata in atteggiamenti estremamente gentili e amorevoli, al punto di portarla a scrivere pagine e pagine di pregi del ragazzo.

Dare un significato a ciò che le sta capitando pian piano attenua il senso di colpa vissuto da Rossella che inizia a sentirsi più sollevata e a riacquistare fiducia in sé “...Sono stata ad un corso di aggiornamento per il mio lavoro e per la prima volta ho provato di nuovo il piacere di essere fra la gente...”

Da dove nasce il senso di colpa?

Il senso di colpa nasce nel momento in cui avviene un conflitto tra l'inconscio e la morale, intendendo come morale tutti i principi, le regole e le norme che vengono trasmesse attraverso l'educazione. L'inconscio ha la funzione di mantenere l'equilibrio e il benessere della struttura psichica. A tale scopo sviluppa desideri ed impulsi che possono contrastare con l'educazione, la morale e le regole che ci hanno insegnato. Da tale conflitto nasce il sentimento di colpa, molto spesso inconscio.

Ad esempio nel bambino cui nasce un fratello, il sentimento di colpa si sviluppa nel momento in cui, invece di dimostrare la sua rabbia, diventa eccessivamente gentile e iperprotettivo. Il sentimento di colpa inconscio nasce dal conflitto tra gli istinti aggressivi verso il fratello e la morale cosciente che invece lo spinge a porsi verso di lui con estrema amorevolezza ed attenzione. La paura che sta dietro a tutto ciò è quella di perdere l'amore dei

genitori.

Un altro esempio è il caso di Silvia, 38 anni, che si rivolge ad uno psichiatra per un problema di depressione. Lo psichiatra le consiglia d'iniziare una psicoterapia.

Negli incontri Silvia porta tutto il suo disagio: è triste, malinconica, ha spesso voglia di piangere, non ha amici, né un fidanzato. Fa la commessa, ma da circa un anno ha perso interesse per il suo lavoro. Si alza alla mattina e sente su di sé tutto il peso della giornata.

Silvia commenta così: *"...poi arriva la sera e mi prende una tristezza infinita. Vorrei non arrivasse domani così la farei finita con tutta questa tristezza..."*

Silvia vive con il padre di 68 anni. La madre è morta otto anni prima e circa un anno dopo il padre ha avuto un ictus. Da allora Silvia gli dedica tutto il suo tempo libero. Il padre, in passato, era stato molto possessivo e rigido nei suoi confronti: *"...Quando ero adolescente non voleva che uscissi e, quando capitava, mi faceva ritornare a casa prima di tutti gli altri amici... Quando ho avuto il primo ragazzo, a 18 anni, non ne parliamo: lo ha scoperto e mi ha contrastato a tal punto che ho preferito chiudere la relazione..."* Silvia si sentiva in colpa ogni volta che pensava di uscire con un ragazzo. Il padre diventava tanto più iroso quanto più la figlia dimostrava qualsiasi cenno di indipendenza. Era invece affettuoso ed amorevole se lei gli stava vicino e gli ubbidiva. Silvia afferma di avere deciso di seguire il padre per dovere morale: *"...Poverino, da quando è stato male ha problemi a camminare. E' solo, mia madre è morta. Da solo come farebbe? Io non riesco a pensarlo da solo, non riuscirei a farmi la mia vita*

e pensare a lui che, poveretto, soffre la solitudine ed inoltre non potrei allontanarmi... lui mi vuole accanto a sé... mi ha sempre voluta vicino.”

Nel corso di otto mesi di terapia Silvia riesce ad esprimere la sua aggressività verso il padre rivisitando la sua gioventù: “...è stato un grande egoista... io ho sacrificato tutta la mia vita per lui; quando morirò io rimarrò sola perché, a causa sua, non ho dedicato tempo a costruirmi una famiglia e delle amicizie... lo odio...”

Silvia, dentro di sé, nutriva molta rabbia nei confronti del padre, ma proprio questa aggressività ha creato in lei un senso di colpa insostenibile. L'unica soluzione per conservare l'equilibrio della sua dimensione psichica è stata quella di rendere inconscia l'aggressività e di assumere un atteggiamento opposto, cioè di soccorso, di amore e di cura per il padre.

La rimozione

Nei paragrafi precedenti abbiamo parlato di istinti aggressivi inconsci. Come fanno tali istinti a diventare inconsci e a rimanere tali? Ciò avviene attraverso un meccanismo chiamato rimozione, che ha la funzione di rimuovere contenuti non accettati dalla coscienza, rendendoli inconsci.

La rimozione è un meccanismo di difesa rispetto a contenuti o istinti, come l'aggressività, che entrano in conflitto con la nostra coscienza e che metterebbero in pericolo l'equilibrio psichico della persona. È un processo inconsapevole, mediante il quale vengono chiuse le vie che conducono alla coscienza, a contenuti incompatibili con essa. Il fine è quello di ricacciarli da dove sono

venuti, cioè nell'inconscio. La rimozione è un meccanismo di difesa perché difende l'equilibrio della personalità e il benessere interiore che andrebbero persi se gli istinti emergessero nella nostra coscienza.

Si tratta di una difesa che deriva dalla continua ed automatica tendenza normativa dell'Io. L'Io è la parte organizzata della nostra personalità e il suo compito è di mediare tra gli impulsi che arrivano dall'inconscio, che non conoscono tabù, interdizioni, permessi, e le regole della realtà che ci circonda, il Super-Io.

Esso è costituito dai principi morali trasmessi dai genitori attraverso l'educazione.

E' un compito piuttosto arduo in quanto gli impulsi che derivano dall'inconscio, per loro natura, spingono verso un soddisfacimento immediato.

L'Io mette in atto dei compromessi tra l'inconscio e la realtà affinché il primo venga parzialmente soddisfatto nel rispetto delle regole e delle norme appartenenti alla realtà e al Super-Io.

Riporto un esempio clinico per spiegare meglio questi meccanismi.

Roberto ha 38 anni, è un ingegnere elettronico che lavora nel settore della programmazione. Inizia un percorso di psicoterapia per un disturbo da attacchi di panico comparso circa due anni prima, in concomitanza dell'acquisto di un alloggio dove va a vivere da solo, dopo aver vissuto per anni con la madre.

Nello stesso momento anche nel campo lavorativo si è verificato un cambiamento: è stato promosso a un ruolo di maggiore responsabilità.

Roberto si presenta come una persona molto trattenuta: non parla

mai di emozioni o sentimenti, appare molto controllato e tende a cercare sempre una motivazione razionale e concreta a ciò che capita. Non ricorda i sogni. La sua giornata è occupata prevalentemente dal lavoro che lo impegna anche sabato e domenica.

E' stato molto rigoroso nello studio, affrontando gli esami con uno stato d'ansia che si presentava già alcuni giorni prima della prova. Anche nel periodo universitario le sue relazioni sociali erano ridotte e non conserva un buon ricordo di quel periodo.

Ha un senso del dovere fortissimo, tende a volere raggiungere sempre il massimo, vuole la stima degli altri dimostrando la sua perfezione e il suo rigore nel lavoro. Quando riesce ad ottenere un buon risultato, il suo ideale di perfezione lo spinge a dovere ricercare un altro compito più arduo da risolvere, non riuscendo a godere del risultato raggiunto. Vive con grande frustrazione i propri errori in campo lavorativo che comunque sono davvero pochi, visto il suo ipercontrollo e la tendenza alla perfezione.

Durante le sedute cerca di controllare molto le sue emozioni, i suoi racconti sono privi di tonalità emotive, non descrive mai "come si sente".

I genitori gli hanno trasmesso un forte senso del dovere. Il padre, morto circa dodici anni prima, è sempre stato un uomo severo. Roberto è cresciuto in un ambiente dove non ha mai potuto "lasciarsi andare", mostrare la sua emotività, il suo entusiasmo, perché considerati dal padre manifestazioni "femminili".

Per conservare l'amore e la stima del padre, è stato costretto a non esprimere la propria emotività e proprie sensazioni. In questo modo è stata quindi rimossa la parte dei sentimenti e delle emozioni, mentre si è sviluppata in modo eccessivo la parte razionale.

La sua vita è tutta espressione di questa parte: ha scelto un percorso di studi fortemente razionale, non ha spazio per coltivare le sensazioni e i sentimenti (non ha una ragazza e ha pochi amici). La sua emotività però emerge in modo esplosivo e angosciante attraverso i sintomi, gli attacchi di panico.

Il percorso di psicoterapia gli permette di dare spazio alle sue parti emotive: dopo un anno di terapia i sintomi sono regrediti e Roberto comincia a riconoscere e accettare, se pur con difficoltà, le emozioni e le sensazioni che prova.

L'angoscia

L'angoscia è una reazione emotiva di terrore che si manifesta con l'imminenza di un pericolo e si produce dinnanzi a un pericolo diventato improvvisamente attuale.

L'angoscia consente di individuare l'esistenza di un pericolo e, per tale motivo, ha una funzione biologicamente utile in quanto, essendo un campanello d'allarme, aiuta a affrontarlo meglio.

Occorre però fare una distinzione tra angoscia reale e angoscia nevrotica.

La prima è quella che emerge di fronte ad un pericolo reale e consente l'attivazione di tutti quei meccanismi biologici ed emotivi che sono necessari per difendersi attraverso la fuga o l'attacco.

La seconda, *l'angoscia nevrotica*, si manifesta, invece, in assenza di un pericolo reale.

Le manifestazioni dell'angoscia nevrotica si possono raggruppare essenzialmente in tre modalità espressive:

- *le nevrosi d'angoscia*, in cui esistono stati d'angoscia permanenti e fluttuanti non collegati ad alcun oggetto in particolare, ma

pronti a rivolgersi a qualsiasi oggetto e a trovare in quello una giustificazione d'essere. Tali stati d'angoscia sono dolorosi, penosi, intollerabili per chi li prova e si manifestano a livello sia fisico e sia psichico. Fisicamente si possono provare spasmi viscerali, vampate di caldo e freddo, sudorazione eccessiva, difficoltà a respirare regolarmente a causa di una sensazione di costrizione alla gola o al petto, tachicardia, irrigidimento muscolare.

A livello psichico si può vivere la sensazione di impazzire, avere la sensazione di fallire in tutto, di non avere speranza nel futuro.

- *l'angoscia presente nelle fobie*, che emerge nei confronti di animali del tutto inoffensivi, di luoghi o di situazioni oggettivamente privi di pericolo;

- *attacchi isolati d'angoscia* (ad esempio i disturbi da attacchi di panico), che si manifestano improvvisamente e violentemente senza nessuna causa apparente e reale.

L'angoscia raramente è situata in superficie e bisogna ricercarne l'origine nel profondo della personalità, cioè nell'inconscio, mentre la persona avverte solo la presenza della sintomatologia. Tali sintomi sono coscienti mentre l'angoscia di base, di cui essi sono l'espressione, è inconscia e la persona non ne ha consapevolezza.

Le soluzioni più frequenti che si adottano contro l'angoscia sono:

- fare qualsiasi cosa per evitare che si manifesti: lavorare molto, uscire spesso, bere, fare uso di sostanze stupefacenti, avere una vita piena di impegni o prendere tranquillanti;

- sublimare l'angoscia, trasformarla cioè in azioni positive quali ad esempio dedicarsi ad attività altruistiche;

- iniziare un percorso di psicoterapia per capire quali sono le fonti da cui essa prende origine.

Il modo in cui aggressività, angoscia e colpa sono collegate si può vedere nell'esempio, in precedenza accennato, della nascita di un bambino in una famiglia in cui è già presente un altro figlio. I genitori rivolgeranno più cure al nuovo nato e il primogenito, che fino ad allora aveva avuto per sé tutto l'amore e le cure dei genitori, si sente deprivato a causa del fratello. Il senso di benessere e l'equilibrio che fino ad allora aveva vissuto vengono meno. Il suo inconscio cerca di ristabilire l'equilibrio interiore e la modalità più diretta è quella di eliminare la causa che ha determinato la rottura del benessere.

Succede che:

- il bambino prova degli istinti aggressivi inconsci, ma leggermente avvertibili per il fratello (prova dei sentimenti di odio, desidera allontanarlo, eliminarlo);
- si genera angoscia dovuta al fatto che gli impulsi aggressivi inconsci tendono ad emergere, ma si scontrano con le regole dettate dai genitori;
- si genera un senso di colpa dal conflitto tra gli istinti aggressivi che provengono dall'inconscio e la morale;
- per risolvere questo conflitto ed eliminare l'angoscia che ne deriva, si mette in atto il meccanismo della rimozione che spinge l'aggressività nell'inconscio, da dove era emersa.

Aggressività, angoscia e colpa nel rapporto psicoterapeutico

Aggressività, angoscia e colpa emergono anche nella relazione psicoterapeutica, luogo in cui si crea una riedizione delle modalità di relazionarsi con le figure genitoriali e con gli altri. All'inizio di una psicoterapia è difficile parlare di sé e delle proprie espe-

rienze con una persona sconosciuta, lo psicoterapeuta.

Pensare di mettersi a nudo, parlare della propria sofferenza e delle proprie difficoltà con un estraneo può essere fonte di angoscia. Come può anche esserlo pensare di affrontare argomenti penosi o temere l'affiorare di ricordi o di vissuti traumatici o considerare aspetti di sé che non si accettano o di cui si ha un'idea negativa.

Abbiamo detto che, nel rapporto psicoterapeutico, si ha una riedizione nel presente dei rapporti primari. Una persona che ha avuto un'educazione molto rigida per cui "non poteva lasciarsi andare" e si sentiva amato dai genitori solo nel momento in cui era perfetto, controllato, riporterà anche nel rapporto psicoterapeutico questi vissuti e cercherà di essere compiacente.

Un paziente "modello", controllato, proverà l'angoscia di essere rifiutato nel momento in cui sentirà affiorare emozioni che potrebbero ridurre il suo controllo.

L'angoscia emerge assieme alle resistenze che si attivano quando ci si avvicina ai meccanismi che determinano il malessere o quando vengono messi in luce aspetti indesiderati della propria personalità.

L'aggressività può emergere anche nel momento in cui ci si avvicina a vissuti che il paziente non vorrebbe affrontare, diventare una resistenza alla terapia stessa ed esprimersi in modo indiretto, camuffato. Ad esempio attraverso lunghi silenzi, ritardi rispetto all'orario della seduta, sedute saltate, atteggiamenti di svalutazione nei confronti dell'utilità della terapia.

Nel caso che esporrò di seguito si può vedere come l'aggressività possa emergere in modo camuffato nel corso di una psicoterapia. Anna è una donna di 40 anni che ha iniziato il percorso di psi-

coterapia da circa un anno. Mi viene inviata da uno psichiatra a cui si è rivolta spontaneamente a causa di un disturbo d'ansia che lamenta di avere dall'età di 20 anni. Anna si è rivolta già in passato ad altri specialisti, psichiatri e psicoterapeuti, ma non ha mai risolto il suo problema. Il disturbo di cui soffre si esprime attraverso vari sintomi: tachicardia, forti vertigini che la costringono a stare a letto, paura del buio e fobia dello sporco.

Quest'ultima la porta a temere di essere infettata da qualsiasi cosa tocchi al di fuori della propria casa. Stringere la mano ad una persona determina il doversi lavare più volte le mani, impiegare ore a lavarsi e non essere mai sicura di essere pulita.

Per tale motivo Anna ha ridotto ampiamente le relazioni sociali e spesso si assenta dal lavoro.

La paziente cresce in una famiglia conflittuale, sperimenta la violenza legata alle liti dei genitori, tra un padre autoritario e una madre ambivalente anche nei suoi confronti. Vive con la madre settantenne da cui è molto dipendente, il padre è morto da dieci anni. Al nostro primo incontro mi comunica che non ce la fa più a vivere così e vorrebbe liberarsi di questa fobia che le *“rende la vita impossibile.”* Mostra molto imbarazzo a parlare di sé, teme di non essere compresa e di essere giudicata, come accaduto frequentemente nella sua storia familiare. I suoi racconti anche i più traumatici, sono privi di tono emotivo, ha difficoltà a esprimere ciò che prova. Spesso, anche se non vengono nominate, le sue emozioni mi giungono in modo molto diretto e a me capita di provare angoscia, commozione e tristezza.

Nel corso delle sedute Anna da un lato afferma: *“qui posso raccontare cose che non ho mai detto a nessuno...”*, dall'altro inve-

ce sento che la sua aggressività emerge e si rivolge conto di me, anche se in modo camuffato. Riporto alcuni stralci di sedute:

15° seduta:

Anna arriva molto raffreddata e con qualche linea di febbre. Le faccio notare che avrà fatto un grande sforzo per venire in seduta. Lei mi risponde: “...oggi sto meglio, ma ieri stavo malissimo... non volevo saltare la seduta... spero di non attaccarle l’influenza e di spargerle tutti i microbi per la stanza, apra le finestre dopo...” Per gran parte della seduta Anna rimane su un piano concreto, non emergono emozioni. Mi fa molti apprezzamenti su come sono vestita, in realtà la mia sensazione è che ci sia molta aggressività nei suoi complimenti. Sul finire della seduta, emergono ricordi di situazioni traumatiche relative ai sui genitori.

Nel momento in cui ci salutiamo afferma: “*Spero che la prossima settimana lei ci sia e che non debba stare a casa per l’influenza...*”

Con questa frase mi esprime tutta la sua aggressività rispetto al sentirsi dipendente dalla relazione psicoterapeutica. Non riuscire a saltare la seduta malgrado l’influenza e dover dipendere da una relazione per stare meglio è causa di rabbia. Si riproduce nel rapporto terapeutico con me ciò che ha vissuto e vive nel rapporto con sua madre: ha bisogno di lei a causa delle sue fobie, ma nello stesso tempo questo bisogno la imprigiona in una relazione di forte dipendenza. La differenza fra piano reale e piano psicoterapeutico sta nel fatto che, attraverso la relazione terapeutica, si mette in moto un processo per cui è possibile passare da uno stato di dipendenza al tentativo di individuarsi e divenire indipendente.

20° seduta:

Anna si scusa per avere disdetto, la settimana precedente, la seduta con un solo giorno di anticipo, portando come giustificazione il fatto che si erano rotti dei tubi nel bagno e che quindi aveva dovuto farli riparare. Anna aveva preso accordi con l'idraulico in modo tale da finire i lavori in tempo per essere presente alla seduta, ma malgrado questo la mamma le aveva chiesto di disdire comunque la seduta perché non voleva rimanere da sola con l'idraulico nel caso in cui i lavori si fossero protratti più del previsto. In seduta la paziente afferma: *“Mi scusi dottoressa se ho disdetto, ma meno male che ho ascoltato mia madre perché i lavori si sono prolungati! Spero che l'abbiano avvisata in tempo... non è venuta qui inutilmente, vero?”* La rassicuro sul fatto che la comunicazione mi è arrivata in tempo. Continua affermando: *“... meno male... così ha dormito di più... poi in realtà avevo bisogno di vederla proprio il giorno di festa in cui lei non c'era. Quel giorno avevo proprio bisogno di parlarle, ma lei non c'era...”*

Ho riportato alcuni passaggi di questa seduta che chiariscono come l'aggressività possa essere espressa in modo mascherato: Anna ha problema di dipendenza dalla madre che non ha mai aiutato la figlia ad emanciparsi, ma anzi ha sempre cercato di tenerla accanto a sé, compensatoriamente rispetto alla sua vita coniugale molto conflittuale e frustrante. Anna si è trovata spesso ad oscillare fra prendere le parti della madre e quella del padre e a sentirsi in colpa ogni volta in cui prendeva le parti dell'uno o dell'altro. Da quando il padre è morto il legame con la madre è diventato ancora più forte e ora sta diventando soffocante. Mentre da un lato Anna ha difficoltà ad immaginare la sua vita senza sua

madre, dall'altro afferma di essere stufo di non avere amici e una relazione sentimentale, di passare tutte le festività con sua madre di cui si sente la badante.

Venire in seduta in un giorno diverso dal solito, stabilito non da lei ma da me, suscita in Anna vissuti di dipendenza. La paziente tollera con difficoltà questi vissuti in quanto sono quelli che vive nella relazione con sua madre, in cui si sente imprigionata e da cui vorrebbe emanciparsi, ma di cui non riesce fare a meno. Sentirsi dipendente dalla relazione terapeutica suscita in Anna aggressività che si esprime proprio nel saltare la seduta. Ha difficoltà ad accettare i propri aspetti aggressivi e infatti afferma *“Spero che l'abbiano avvisata così non è venuta fino qui inutilmente...”*

Probabilmente quello che avrebbe desiderato comunicare a parole poteva essere una frase del tipo: *“Perché devo venire un giorno in cui dice lei, considerando che nel momento in cui avevo bisogno, lei non c'era?...”* Anna ha invece “agitato” la sua aggressività saltando la seduta.

Come detto precedentemente, l'aggressività può emergere quando, attraverso il rapporto psicoterapeutico emergono contenuti, vissuti o aspetti di sé che la persona ha difficoltà ad accettare e considerare come parte integrante della sua personalità.

A tal proposito, nella stessa seduta, la paziente mi racconta un sogno fatto la sera precedente (è il primo sogno che mi porta in analisi).

Sogna una grande inondazione, lei è in casa e, affacciandosi alla finestra, vede l'acqua salire e teme che la sua casa venga travolta... di colpo l'acqua scompare.

Le chiedo quali emozioni associa al sogno e lei risponde:

“Mi sono svegliata agitata e affannata, è stato un brutto sogno...”
Le chiedo cosa le faccia venire in mente e mi risponde che *“E’ un brutto presagio...però vorrei parlare del giorno in cui lei non c’era e io avevo bisogno di parlarle... posso saltare da un argomento all’altro?”*

Parlare dei propri sogni significa portare al terapeuta aspetti molto intimi di sé, in quanto attraverso i sogni si esprime il nostro inconscio. Lavorare con il terapeuta sul sogno, attraverso le libere associazioni, consente alla persona di venire a contatto con aspetti inconsci di sé e ciò può spaventare, considerando che la persona può venire a contatto con vissuti, emozioni, parti di sé che “non gli piacciono” e che, proprio per questo motivo, vengono spostati fuori dalla coscienza. Nel caso di Anna l’emozione negativa l’avvisa che quel sogno ha dei contenuti angoscianti, per cui evita di parlarne e salta ad un altro argomento, mostrando aggressività verso di me che le ho chiesto di dirle cosa le faceva venire in mente. L’aggressività viene espressa in modo camuffato nella frase riportata sopra e che, detta in altre parole, probabilmente risuonava così: *“Invece di farmi soffermare su un sogno che mi crea angoscia, parliamo di quando io avevo bisogno di parlare con lei e lei non c’era...”*

Il controtransfert è lo strumento che mi ha aiutato ad individuare i momenti e gli argomenti dove lei esprimeva aggressività. Riflettendo sull’andamento del nostro percorso, l’aggressività nei miei confronti è stata espressa ogni volta in cui ci avvicinavamo ad argomenti e situazioni che per lei erano fonte di angoscia.

Un altro punto da considerare, come si è visto nei paragrafi precedenti, consiste nel fatto che gli istinti aggressivi inconsci possono

causare un sentimento di colpa nel momento in cui emergono ed entrano in conflitto con la morale cosciente. Ciò si verifica anche nel rapporto psicoterapeutico, quando la persona prova aggressività nei confronti del terapeuta. Da essa deriva un senso di colpa che porterà la persona ad avere comportamenti opposti all'aggressività come ad esempio estrema compiacenza, complimenti frequenti al terapeuta o preoccupazione eccessiva per la sua salute.

Il sentimento di colpa inconscio può anche manifestarsi attraverso la resistenza alla guarigione.

Un esempio è fornito da alcune affermazioni di un paziente affetto da depressione, in terapia farmacologica e in psicoterapia da circa due anni presso un servizio pubblico.

Franco è un uomo di 42 anni, impiegato, soffre di depressione da circa cinque anni e ne attribuisce l'inizio alla morte del padre per un tumore. Dalle sedute emerge che è sempre stato un ragazzo dal temperamento pacato, chiuso e riferisce di aver portato dentro di sé un senso di malinconia profonda. Il padre viene descritto come un uomo severo e burbero, che ha impartito un'educazione rigida al figlio, da cui pretendeva buon rendimento scolastico e successo nella carriera. Racconta che spesso, da piccolo, avrebbe desiderato un rapporto più intimo con il padre, fatto di momenti trascorsi insieme a lui a giocare, a fare la lotta, a parlare, ma il padre: *“Non era tagliato per queste cose, lui era un grande lavoratore.”* Inizialmente parla del padre senza esprimere emozioni, sempre con lo stesso tono di voce, poi nel corso delle sedute inizia ad emergere una certa rabbia per il fatto che non avesse avuto mai tempo per lui e che si interessasse solo del suo rendimen-

to scolastico. La rabbia, però, lascia immediatamente spazio alla giustificazione: *“Mio padre si comportava così perché lavorava molto, poveretto, e voleva che io arrivassi ad avere una buona posizione economica, migliore della sua.”* La rabbia di Franco viene immediatamente smorzata dal senso di colpa. Dentro di sé nutre molto rancore verso il padre, che non lo ha mai gratificato affettivamente e che inoltre è sempre stato autoritario e duro anche con la madre. In realtà ha nutrito e nutre ancora un grande amore per suo padre, ma c'è risentimento conseguente al fatto di non avere avuto con lui il rapporto desiderato. Ha dentro di sé un grande senso di colpa che nasce da un'aggressività inconscia verso di lui. Questi vissuti si manifestano tramite un disturbo depressivo quando il padre muore.

Con il tempo Franco elabora queste dinamiche, ma il senso di colpa agisce in modo molto pregnante nella sua vita e anche sulla terapia. Infatti, in un periodo in cui si sente meglio, dice: *“...avevo l'impressione di stare meglio nei giorni scorsi...è un'assurdità...se continuo così, mi libero del mio malessere e allora provo la sensazione di potermi sentire ancora più in colpa... è come se qualcosa dentro di me mi dicesse che non posso vivere senza quel malessere, senza quello non riuscirò ad emanciparmi”.*

“Stare meglio” si presenta come qualcosa di pauroso: Franco ha l'impressione che il suo disturbo lo preservi da immaginari pericoli. Razionalmente tutto questo non ha una spiegazione. I suoi stati d'animo possono invece essere interpretati come manifestazioni di un attaccamento ad uno stato di sofferenza (la depressione) che rende molto dolorose le sue condizioni di vita, come se quelle sofferenze fossero un bisogno di autopunizione.

Finora abbiamo visto una serie di meccanismi (aggressività, angoscia, colpa, rimozione) che si ripetono nello svolgimento di una psicoterapia e che possono essere di ostacolo al suo svolgimento. Il fine della psicoterapia è di ridurre il malessere della persona attraverso la presa di coscienza delle dinamiche che determinano il disagio psichico, all'interno di un rapporto basato sull'accoglienza e sull'assenza di giudizio. Il terapeuta aiuta la persona a prendere coscienza della propria aggressività, dei conflitti che generano angoscia e colpa e ad integrare nella personalità aspetti di sé fino a quel momento rimossi, al fine di rendere disponibile una nuova energia psichica.

Il percorso per arrivare a fare questo non è semplice, richiede tempo e investimenti emotivi, momenti di sofferenza, rabbia, desiderio di abbandonare la terapia, ma fornisce anche un senso di liberazione e di benessere nel momento in cui ci sente compresi e si riesce, all'interno della relazione terapeutica, a prendere maggiore coscienza di sé.

Attraverso il rapporto psicoterapeutico la persona può prendere coscienza di aspetti di sé per lungo tempo rimossi, portarli alla coscienza, riuscire a pensarli come parte integrante e necessaria della propria personalità. Ciò libera la persona da angosce e sensi di colpa consentendole di riacquistare un benessere ed un equilibrio maggiori.

La conclusione della psicoterapia
di Eleonora Gasparini

Il misterioso cammino verso il mondo interno - Il processo di consapevolizzazione - Il dialogo tra paziente e terapeuta sulla conclusione della psicoterapia - La conclusione della terapia.

Il misterioso cammino verso il mondo interno

Come abbiamo letto nei precedenti capitoli, il processo psicoterapeutico si svolge all'interno di una relazione particolare che nasce e si costruisce tra paziente e terapeuta.

Non si può giungere ad una conoscenza reale e approfondita del disagio psicologico se non si intraprende un viaggio, spesso lungo e difficile, nel proprio mondo interno ascoltando con particolare attenzione ogni parola, ogni gesto, ogni emozione che lo caratterizzano.

La relazione terapeutica costituisce quel palcoscenico privilegiato attraverso il quale possono essere espresse, ascoltate ed elaborate tutte le esperienze, le emozioni e i conflitti che costellano la personalità.

In questo palcoscenico spesso i protagonisti principali sono i sintomi e le manifestazioni del malessere che, inizialmente rigidi, strutturati ed apparentemente immodificabili, vengono esplorati durante il percorso psicoterapeutico.

Marina, una giovane professionista di successo nel campo legale, inizia un percorso di psicoterapia in seguito ad una sindrome ansiosa che le impedisce di mantenere i suoi impegni professionali

e le responsabilità ad essi connesse.

Appare molto motivata e racconta spontaneamente di sé e dei problemi che le rendono l'ufficio un luogo estremamente conflittuale.

In particolare, sembra che il rapporto con il capoufficio sia difficile, Marina lo accusa di relazionarsi con lei in modo autoritario, rigido e poco incline a riconoscerle attitudini e successi.

Durante i primi colloqui mi chiede con insistenza quando "guarirà" e quanto durerà questo nostro percorso, dimostrando una significativa urgenza nel risolvere il suo malessere fortemente invalidante rispetto ai suoi abituali standard di grande efficienza e di professionalità.

Marina è preda di una forte ansia che la rende agitata e irrequieta durante l'arco della giornata: fa fatica a concentrarsi e spesso dimentica ciò che deve fare.

Tarda ad addormentarsi o si sveglia nel corso della notte, ritrovandosi al mattino spossata e incapace di iniziare la giornata con l'energia necessaria.

Il suo discorso in seduta prende sempre avvio dal racconto di come l'ansia l'abbia accompagnata per tutta la settimana e di quanto la difficoltà di concentrazione le crei problemi sia nella vita professionale che in quella relazionale.

A causa della fatica che avverte nel portare a termine le consuete attività quotidiane Marina, ha interrotto i rapporti con i suoi amici perché si sente una "zavorra intollerabile" e trascorre le serate o i momenti liberi scongiurando che i sintomi ansiosi non sopraggiungano.

Il caso clinico sopra riportato evidenzia come, all'inizio di un percorso psicoterapeutico, gli aspetti sintomatologici, la loro descrizione e il racconto delle emozioni ad essi collegati occupino un significativo spazio all'interno della relazione.

Le comunicazioni tra il paziente e il terapeuta si concentrano sulla modalità attraverso cui essi si manifestano e su quale ruolo ricoprono nella quotidianità e nella vita relazionale del soggetto che li accusa.

Nell'interno percorso psicoterapico i sintomi e i segnali di disagio del paziente trovano uno spazio nel quale vengono narrati, ascoltati, compresi ed elaborati.

Spesso, infatti, essi risultano manifestazioni improvvise, inattese, incontrollabili e completamente slegate dalla vita del soggetto che tende a subirli in modo assolutamente passivo, avvertendo l'impotenza di affrontarli e di superarli.

E' quindi importante che essi trovino uno spazio non solo fisico, ma anche mentale (la seduta - il setting), all'interno del quale essere raccontati e sottoposti a quel processo di narrazione che consenta loro di entrare a far parte della vita del soggetto e che questi possa iniziare a viverli come elementi non slegati da sè.

Sentirsi liberi di raccontare il proprio malessere significa avvertire la possibilità di trovarsi in uno spazio sufficientemente accogliente e contenitivo, un luogo in cui poter essere ascoltati e aiutati nel compito di attribuire un nome al disagio e alla sofferenza rendendoli così, una volta nominati, pensabili e affrontabili.

La funzione del processo psicoterapeutico fornisce tale possibilità e agevola la creazione di quella dimensione trasformativa attraverso cui un sintomo narrato, nominato, pensato e dotato di

significato può modificarsi e divenire maggiormente accettabile e comprensibile.

All'interno di una relazione emozionalmente partecipata, quale è la relazione terapeutica, i sintomi possono così modificarsi ed entrare in un rapporto dialettico con la personalità del soggetto che li manifesta; perdono cioè quella connotazione "tirannica" che fa sentire il paziente una sorta di schiavo.

Partendo dal racconto delle proprie esperienze, rendendo partecipe il terapeuta delle sfumature affettive e delle emozioni che le hanno connotate, ogni soggetto rinarra la propria storia, se ne riappropria e si riconosce come personaggio principale degli eventi che hanno caratterizzato la sua vita.

All'interno della relazione terapeutica ogni soggetto ripercorre i momenti della sua storia personale che ritiene più significativi e scopre altri episodi o emozioni che, apparentemente non presi in considerazione, non ascoltati o rimasti mascherati per lungo tempo, acquisiscono un'importanza ed un senso inaspettati.

Per cogliere i contenuti più inattesi, l'attenzione del paziente e del terapeuta deve quindi concentrarsi, oltre che sul materiale *consapevole*, anche su ogni aspetto immaginativo (sogni-associazioni), verbale, gestuale derivante dal mondo più profondo, dall'inconscio.

E' fondamentale che l'atteggiamento del terapeuta sia attivo ed emotivamente partecipe, al fine di cogliere la qualità delle comunicazioni che il paziente gli propone.

Con il termine "attivo" ci riferiamo a quella modalità che prevede un ascolto attento non solo a livello dei contenuti presentati, ma anche degli aspetti meno palesi e diretti della comunicazione:

tono della voce, utilizzo del linguaggio, scelta dei termini, comunicazione non verbale.

Il terapeuta diviene un “osservatore partecipe” dei racconti del paziente, delle sue emozioni, delle sue proiezioni ed in questo modo può riuscire ad aiutarlo ad individuare le origini del suo disagio.

Il terapeuta partecipa alle narrazioni proposte dal paziente concentrandosi su di esse per costruirne una propria percezione, per dar forma ad un’immagine non solo reale e concreta, ma anche mentale del soggetto che ha di fronte, del suo modo di vivere le relazioni e il rapporto terapeutico.

Tale atteggiamento consente al terapeuta di costruire insieme al paziente una valutazione del percorso terapeutico e una prospettiva di sviluppo della stessa.

Durante i primi mesi la sintomatologia di Marina subisce un aggravamento tale che la giovane inizia, parallelamente alla psicoterapia, un trattamento farmacologico.

In questo periodo Marina, nonostante il peggioramento, comincia a chiedersi se i suoi problemi con il capoufficio siano la manifestazione di problematiche più ampie soprattutto nei confronti delle persone che rappresentano, per lei, l’autorità.

Pur riconoscendo la fatica di Marina nel comunicarmi la sua dolorosa storia personale, cominciamo insieme ad esplorare le caratteristiche emotive che connotano le relazioni con le figure autoritarie che ha incontrato nella sua vita, a cominciare dal padre.

Marina piange spesso nel corso delle sedute continuando a chie-

dere scusa per quel suo atteggiamento che ritiene infantile e irritante.

Sottolinea più volte quanto debba essere noioso per me ascoltarla e teme che, alla fine, io possa stancarmi e interrompere la terapia. E' sempre molto puntuale, arriva in studio vestita in modo curato ed elegante costantemente accompagnata dalla sua valigetta ventiquattrore che le conferisce un'aria professionale e distaccata ma, non appena si siede sulla poltrona, sembra cambiare espressione, i suoi occhi si riempiono di lacrime ed il tono di voce appare insicuro ed impaurito.

Durante la psicoterapia è possibile assistere a momenti di apparente peggioramento della sintomatologia o di avere l'impressione che nulla si stia modificando o attenuando: si tratta di periodi critici per il superamento dei quali è molto importante la solidità della coppia paziente-terapeuta.

Il processo di consapevolizzazione

Nel corso di una psicoterapia il paziente acquisisce la possibilità e la capacità di rendere più evidenti e chiare le sue eventuali difficoltà di relazione con gli altri che, attraverso il meccanismo del transfert, vengono vissute nel presente del rapporto con il terapeuta. Tali difficoltà, esplorate e dotate di un senso e di un significato, possono essere finalmente affrontate, comprese ed accettate divenendo così emotivamente integrabili all'interno della personalità del soggetto e, di conseguenza, superabili.

Il paziente viene inoltre invitato a ricordare e a raccontare emozioni ed episodi spesso dimenticati o rimossi, in modo da scio-

gliere tutti quei nodi conflittuali o traumatici che caratterizzano il suo modo di affrontare la quotidianità e le relazioni con il mondo esterno.

Spesso può capitare che esperienze troppo dolorose, il cui ricordo suscita ancora sofferenza, vengano dimenticate dai pazienti in modo tale da non poter essere minimamente integrate e comprese. Il timore di affrontare il dolore che accompagna il ricordo di queste esperienze può portare a forti *resistenze* che paziente e terapeuta devono cercare di superare rendendo lo spazio psicoterapico un luogo sufficientemente protetto, sicuro e confidenziale al fine di favorire l'emergere di tali contenuti.

Inoltre, è importante tenere in considerazione che spesso ciò che un paziente non riesce a ricordare o fa fatica a comunicare, può essere legato ai criteri morali che caratterizzano la sua vita e quella delle persone più significative che gli stanno accanto.

Può risultare inaccettabile fare esperienza a livello cosciente di pensieri ed emozioni che sembrano contrastare tali criteri.

Compito del terapeuta diviene, di conseguenza, quello di ascoltare e di relazionarsi con i pazienti senza preconcetti o sovrastrutture, senza aspettarsi nulla di preconstituito o di noto nelle loro comunicazioni.

Solo attraverso la comprensione delle radici, spesso inconse, delle difficoltà emotive del paziente, delle regole e dei criteri che guidano la sua vita e quella di coloro che gli sono più vicini, il suo disagio e le manifestazioni sintomatologiche ad esso connesse possono essere modulati e alleviati.

Tale comprensione può avvenire attraverso le funzioni di stimolo e di ascolto fornite dal terapeuta che, agevolando nel paziente la

possibilità di comunicare episodi, esperienze, avvenimenti, emozioni, fantasie, sogni ed immagini, lo incoraggia a produrre nuovi collegamenti e a costruire nuovi punti di vista.

Funzione della psicoterapia è, infatti, anche quella di creare connessioni tra informazioni ed emozioni apparentemente sconnessi, al fine di costruire una lettura maggiormente articolata e comprensibile della storia di vita di ogni paziente.

Questo obiettivo è frutto di un costante lavoro che prevede la necessità di porre continuamente l'attenzione, oltre che sul racconto e sulle emozioni esplicite del soggetto, anche sulle reazioni che tali racconti suscitano non solo nel paziente, ma nel terapeuta stesso.

L'esplorazione di queste reazioni emotive e la loro decodificazione consentono di portare a livello cosciente esperienze, emozioni e motivazioni che, se relegate nel mondo inconscio, possono trasformarsi in gesti, atteggiamenti, acting (azioni di carattere impulsivo solitamente in rottura con il comportamento abituale del soggetto) spesso subiti e non accettati.

Come abbiamo già visto nei precedenti capitoli tra il "materiale di lavoro" più importante nel processo psicoterapeutico si collocano le caratteristiche della relazione tra paziente e terapeuta sia nei suoi aspetti più reali e concreti sia in quelli più nascosti, fantasmatici e simbolici.

Tutte le esperienze e le emozioni che raggiungono la coscienza e di cui il paziente diviene consapevole devono però essere considerate materiale "ulteriormente trattabile". Esse, infatti, continueranno a ripresentarsi nelle sue comunicazioni ed andranno continuamente collegate ed elaborate prima che la consapevolezza e

la comprensione, dapprima parziali, si trasformino in una visione costruttiva della propria struttura di personalità, delle proprie esperienze e delle proprie modalità di relazioni interpersonali.

Di conseguenza, ogni volta che un contenuto giunge alla consapevolezza, è necessario collegarlo, attraverso un costante lavoro di connessione, a nuovi contenuti e a nuove esperienze emotive in modo tale che la consapevolizzazione nasca e si consolidi proprio all'interno di questo processo di "connettibilità" delle esperienze e dei vissuti ad esse legati.

Solo in questo modo la consapevolezza e la comprensione razionale delle implicazioni di ogni singola esperienza possono diventare creative, costruttive e terapeutiche.

Il padre di Marina è morto l'anno precedente al nostro incontro in seguito ad un attacco cardiaco successivo a un grave periodo di stress sul lavoro. Marina lo ricorda come una "persona splendida, l'unico che mi abbia mai capita e che abbia rappresentato per me un punto di riferimento in ogni momento di difficoltà". Non sembra emergere nessun aspetto conflittuale nella relazione con la figura paterna che, nell'immaginario della paziente, si configura come "l'uomo più meraviglioso che abbia mai incontrato".

Dopo qualche tempo, durante una seduta, Marina racconta un diverbio avuto con il suo capo in seguito ad un errore commesso nella esecuzione di una mansione che non aveva mai svolto prima.

Nel ricordare le impressioni emotive legate a tale accesa discussione Marina sottolinea di aver provato le medesime emozioni e

sensazioni avvertite ogni qual volta il padre, da ragazzina, la rimproverava dicendole che non sarebbe mai stata in grado di cavarsela nel mondo e che tutte le persone si sarebbero sempre prese gioco di lei a causa della sua inettitudine e della sua incapacità.

In particolar modo il padre ha sempre cercato di coinvolgerla, ancora bambina, nelle questioni riguardanti l'azienda di famiglia, rimproverandola poi per non essere in grado di capire le situazioni che lui le proponeva e di non sapere trovare soluzioni adeguate. Nel corso della seduta riflettiamo insieme sul fatto che la mansione proposta dal capo poteva somigliare alle questioni presentate dal padre e soprattutto i due atteggiamenti potevano rappresentare per Marina un'eccessiva ed incombente critica rispetto ad una reale incapacità di svolgere con perizia i compiti richiesti.

Marina termina la seduta sottolineando “...mi sembra di capire meglio quale possa essere l'origine dei problemi che ho con le figure che si pongono nei miei confronti in modo duro ed autoritario, ma non credo che ciò significhi che il mio malessere da stasera passerà... mi sembra però un bel passo avanti...”

Il dialogo tra paziente e terapeuta sulla conclusione della psicoterapia

E' importante premettere che con il termine conclusione della psicoterapia ci si riferisce ad un termine del percorso, deciso, discusso e concordato tra paziente e terapeuta.

Diverso è parlare di interruzione in cui siamo dinnanzi ad una separazione unilaterale che può intervenire per numerosi e svariati fattori (condizione economica - trasferimenti improvvisi - lavoro - problemi nella relazione terapeutica non affrontati).

Gli elementi di motivazione esterni possono essere di varia natura, mentre le interruzioni legate a difficoltà interne il più delle volte sono conseguenti a resistenza nei confronti del processo terapeutico, a una condizione di scacco o di blocco o a una sensazione distruttiva di inutilità e di disperazione.

In genere, quando non intervengono le sopraccitate interruzioni, la conclusione viene concordata in uno scambio aperto e dialettico tra paziente e terapeuta all'interno del quale prende spazio l'ipotesi del termine della terapia e vengono verbalizzate non solo le modalità, ma soprattutto le emozioni e i vissuti che la conclusione può suscitare.

Solo in questo modo “la conclusione della psicoterapia” può entrare a far parte dei contenuti affrontabili ed affrontati durante il percorso e divenire un capitolo fondamentale nella storia della relazione psicoterapeutica.

Non esistono criteri oggettivi che legittimino l'emergere nel corso dei colloqui di tale tematica ma, come ogni contenuto ed esperienza affrontati nella psicoterapia, esistono un tempo ed una modalità che divengono patrimonio condiviso della coppia terapeuta – paziente.

Questo tempo e questa modalità non possono esimersi dal tenere in considerazione la storia di vita del paziente, la storia della relazione terapeutica, l'unicità del percorso effettuato e la soggettività di entrambi i protagonisti della relazione.

Nel momento in cui una psicoterapia ha inizio, il terapeuta accoglie il bisogno di sostegno e di supporto della persona che a lui si rivolge, ma il percorso può essere intrapreso solo nella consapevolezza che esso avrà un termine, che finirà e che quel rapporto

così particolare ed intimo andrà inevitabilmente incontro ad una conclusione.

La conclusione della psicoterapia, così come il suo inizio, nasce e si costruisce dall'incontro tra due persone che, dopo un lungo percorso, scelgono insieme e consapevolmente di raggiungere la tappa, esplicita fin dall'avvio, della risoluzione del loro rapporto.

Dopo circa un anno e mezzo dall'inizio della psicoterapia Marina comincia a chiedersi quando il nostro percorso avrà termine: "Mi sto domandando cosa succederà quando non verrò più qui da lei... se riuscirò a cavarmela da sola e se potrò continuare ad andare avanti bene, avendo ormai compreso tante cose legate alla mia storia".

Iniziamo così a ripercorrere le tappe che hanno caratterizzato il nostro cammino insieme toccando i momenti più importanti e ricollegandoli a ciò che è adesso la vita di Marina.

Ricordiamo i primi momenti in cui l'ansia sembrava paralizzarla; la fase in cui, con fatica, ha iniziato a raccontare e ad esplorare il suo rapporto con il padre; i collegamenti che hanno reso possibile comprendere le sue difficoltà di relazione con le persone che rivestono nei suoi confronti un ruolo di autorità.

Marina afferma che grazie a questo lavoro di riconnessione tutto le sembra un po' più chiaro come se esistesse un filo che accomuna tutte le sue esperienze e le sue emozioni e di sentirsi quindi, più protagonista di ciò che le capita... *"E' come se adesso riuscissi a vedermi e a sentirmi nelle cose che faccio, come se, in una sorta di film, ci fosse una trama che lega tutta la storia".*

Come ogni contenuto del percorso psicoterapeutico, anche la con-

clusione della terapia diviene una comunicazione tra il paziente e il terapeuta che ha il compito di trasformare tale elemento da concreto e reale in un vissuto pensabile, esperibile ed integrabile. Utilizzando una metafora, è come se nella relazione terapeutica i due protagonisti si trovassero tra le mani un pesante pezzo di creta sterile, informe, senza significato e dovessero cominciare a trattarlo manipolandolo, scaldandolo, modellandolo in modo da trasformarlo in un prodotto comune, frutto della loro interazione e del loro sforzo combinato.

Durante questo “modellamento” le mani del paziente saranno supportate da quelle del terapeuta che seguirà, indirizzandola, l’immagine che il paziente ha del prodotto, delineando traiettorie più coerenti ed adeguate.

La conclusione della terapia è una fase importante, significativa e spesso pesante da affrontare e da trattare.

Compito dello psicoterapeuta è quello di renderlo più “duttile e malleabile” possibile, in modo che il pezzo di creta possa diventare più morbido e prendere una forma armonica ed apprezzabile. In questo modo anche la conclusione diventa, all’interno dell’interazione dialettica tra il paziente e il terapeuta, una sorta di narrazione, un “capitolo” contestualizzato nella storia della relazione; può prendere forma, nome e significato in modo da configurarsi come un’emozione esplorata ed elaborata, trasformata e condivisibile.

E’ la relazione tra terapeuta e paziente che, metaforicamente, si assume la responsabilità di lasciar spazio ai contenuti che riguardano il termine della terapia ed è all’interno di essa che avvengono tutte quelle manifestazioni necessarie a decretarla concretamente.

Nella relazione terapeutica si stabiliscono le condizioni che favoriscono quella che potremmo definire la “segnalazione” della conclusione della psicoterapia.

Ogni elemento di questa relazione può contribuire all’emergere di tali fenomeni di “segnalazione”: i sogni, i movimenti transferali, quelli controtransferali, i contenuti o i personaggi che costellano i racconti del paziente e che accennano alla possibilità del termine della terapia.

Solitamente uno dei segnali che possono lasciar intravedere l’ipotesi della conclusione è rintracciabile nella possibilità che il paziente abbia raggiunto un discreto grado di consapevolezza e di maturità e possa porsi, quindi, in modo sufficientemente autonomo rispetto agli accadimenti della sua vita.

E’ così che il paziente acquisisce la capacità di vivere ed elaborare le proprie esperienze, rintracciando nel percorso terapeutico intrapreso, non più nella figura reale o immaginata del terapeuta, il sostegno necessario per poter affrontare e superare eventuali difficoltà o conflitti.

Marina racconta un sogno in cui si trova, di notte, su una piccola barca che naviga sulle acque scure e impenetrabili di un lago. Lentamente decide, nonostante il colore dell’acqua le incuta terrore, di allontanarsi dalla sponda e di attraversare il lago; trema e ha paura, sentendosi incapace di portare a termine quel breve tratto dello specchio d’acqua che la separa da una riva chiara e rigogliosa di vegetazione. Ad un certo punto scivola nell’acqua ed teme di annegare, ma dalla barca il braccio di suo padre si sporge per aiutarla a risalire.

Nuovamente sulla barca trova, sotto la panca sulla quale è seduta, uno zaino in cui sono riposti una torcia e dei remi che si allungano e le consentono di dirigere con più facilità l'imbarcazione verso la meta.

Il sogno, portato in seduta poco dopo che tra noi si era cominciato ad ipotizzare una possibile conclusione, rappresenta ciò che abbiamo precedentemente denominato "segnalazione" e costituisce un terreno fertile all'interno del quale poter cominciare a riflettere insieme sulla fine del percorso.

E' fondamentale che il dialogo tra il terapeuta ed il paziente rimanga libero ed interattivo in questa fase perché solo in questo modo sarà possibile lasciare spazio a tutte le emozioni, le aspettative, le paure che colorano l'attesa del momento conclusivo.

Paziente e terapeuta possono anche non trovarsi in accordo rispetto al termine, ma è necessario che entrambi si sentano nella condizione di poter esprimere perplessità e timori riguardanti la conclusione.

Spesso può accadere che il paziente non si senta in grado di affrontare le sue quotidiane difficoltà senza il sostegno del terapeuta che diviene una sorta di ancora di salvezza, di stampella utilizzabile al bisogno.

Si crea così quella che potremmo definire "dipendenza dalla relazione psicoterapeutica": un meccanismo complesso e difficile che impedisce al paziente di intravedere la sua possibile autonomia.

In questo caso, attraverso quel lavoro di riconnessione di cui abbiamo precedentemente parlato, il terapeuta ha il compito di mostrare al paziente tutti gli avvenimenti che hanno caratterizzato

il loro percorso insieme e di sottolineare con esempi e dimostrazioni le trasformazioni che il paziente ha prodotto nel corso della terapia.

Ciò non significa che il terapeuta debba accelerare il tempo della conclusione o, ancor meno, convincere il paziente della necessità di terminare la terapia, ma deve raccogliere il bisogno e la richiesta del paziente contestualizzandoli all'interno della storia della loro relazione, sottolineando come essa si sia costituita come un processo con un avvio, uno svolgimento e necessariamente un termine.

Tale azione del terapeuta è fondamentale perché consente di evitare il rischio che si crei una collusione con i bisogni e le richieste del paziente.

In certi casi, nel momento in cui terapeuta e paziente cominciano a dialogare intorno alla conclusione, si può assistere ad una riattizzazione sintomatologica e ad un passo indietro rispetto agli obiettivi raggiunti nella psicoterapia: tale condizione sembra configurarsi come un necessario passaggio, un inevitabile attraversamento del dolore e della sofferenza che hanno condotto il paziente ad intraprendere una psicoterapia.

Attraverso l'ascolto e l'elaborazione di tale meccanismo è possibile, però, riconoscere una modalità nuova di approccio del paziente al suo malessere o alle sue difficoltà e scoprire come l'emergere dell'antico disagio possa rappresentare proprio l'evidenza che qualcosa sia cambiato e che il soggetto abbia acquisito possibilità e capacità nuove ed inaspettate di tollerarlo e di affrontarlo.

Alla ripresa delle sedute, in seguito alle vacanze estive, ipotizziamo di concludere la terapia nella primavera successiva, nel mese di marzo, in modo da avere ancora a disposizione il tempo di elaborare questo traguardo comune.

Dopo le vacanze natalizie Marina ritorna distrutta ed incapace di comprendere che cosa le stia capitando: non riesce più a dormire la notte, si sente irrequieta, svogliata, deconcentrata.

Il capoufficio le ha proposto un ruolo di maggior responsabilità, con conseguente miglioramento economico, ma Marina è convinta che ben presto tutto cambierà e che lei distruggerà tutto con qualche errore imperdonabile.

Rimango colpita e preoccupata dal racconto di Marina e inizialmente non comprendo quali possano essere le origini di questo momentaneo malessere fino a quando, durante una seduta, provo a proporle l'ipotesi che la sua situazione lavorativa di maggior responsabilità possa paragonarsi alle richieste di autonomia e di capacità che la conclusione della terapia le pone quasi in contemporanea.

Marina sembra distendersi come se la possibilità di verbalizzare queste sue insicurezze e timori rispetto alla conclusione del percorso terapeutico possa legittimarla a sentire e a esprimere il timore che, con la fine della terapia, lei possa "sbagliare" e non essere più in grado di rintracciare dentro di sé tutte le capacità che ha acquisito durante il lavoro fatto insieme.

La comunicazione e la riflessione su questa tematica hanno consentito l'avvio di quel processo necessario di elaborazione emotiva della conclusione, vissuta e percepita come un lutto, una mancanza difficilmente superabile.

La conclusione della terapia

Come già sottolineato nei paragrafi precedenti la conclusione della psicoterapia è un momento fondamentale del processo di cura ed in essa è rintracciabile un decorso a cui si legano particolari e specifiche connotazioni.

La fase della conclusione ha inizio nel momento in cui terapeuta e paziente iniziano a valutarla, a considerarne l'eventualità prossima e la sua concreta realizzazione.

La conclusione diviene così vero materiale clinico e terapeutico in cui si assume la consapevolezza che l'elemento cruciale del processo è la relazione terapeutica.

Durante il periodo antecedente la conclusione, terapeuta e paziente si impegnano nel chiarire, un'ultima volta, che cosa abbia significato il percorso terapeutico e nel raggiungere lo scioglimento del contratto che insieme hanno concordato.

Man mano che paziente e terapeuta procedono nella riesplorazione del percorso fatto insieme si rinforza la convinzione che per cogliere e vivere l'essenza della relazione terapeutica sia necessario percepire e cogliere le risonanze emotive ed affettive che i contenuti affrontati hanno suscitato, riconoscere i sentimenti a cui si è data voce, associare ricordi, produrre fantasie e costruire metafore.

Questo momento, accanto a quello dell'inizio della terapia, è forse quello più delicato e difficile sia per il paziente che per il terapeuta.

Solitamente la "rievocazione" del processo psicoterapeutico può mettere in luce un significativo superamento delle difese e delle resistenze che il paziente presentava nei momenti iniziali della

terapia: tali resistenze si mostrano dunque maggiormente flessibili e “maneggiabili” ed il paziente è in grado di riconoscerle e di prenderle in considerazione.

Emerge quindi quello che, inizialmente, abbiamo definito processo di consapevolizzazione attraverso il quale i conflitti e le dinamiche inconscie diventano conoscibili, esperibili e chiari in modo tale da rendere il paziente conscio delle sue peculiarità interne e delle sue modalità relazionali.

Tale consapevolizzazione consente l’acquisizione di un discreto livello di introspezione e di autoriflessione che il paziente utilizza alla stregua di uno strumento e di un metodo per affrontare conflitti e difficoltà.

Al termine della psicoterapia il paziente diviene così responsabile delle sue dinamiche interne, riesce a riconoscerle e a riconoscersi in esse, non vivendosi più come oggetto passivo dinnanzi alle esperienze e alle emozioni che vive, ma soggetto attivo della sua realtà relazionale ed affettiva.

Questa capacità di “trattare” le proprie dinamiche interne viene sicuramente agevolata da un significativo miglioramento sintomatologico ed il paziente, in grado di conoscere e considerare i sintomi del suo malessere come manifestazioni di un disagio, riesce ad averne un controllo maggiore e soprattutto più adeguato. Tutte queste acquisizioni consentono all’Io del paziente di essere più forte e di non viverci più come succube di vicissitudini sconosciute ed assolutamente incomprensibili.

Il funzionamento psichico del paziente appare così più maturo, più autonomo e meno rigido.

La coscienza sperimenta la possibilità di intraprendere un dialo-

go più costruttivo e libero con gli aspetti inconsci: le emozioni e i contenuti affettivi precedentemente negati o rimossi possono emergere senza suscitare nuovamente traumi o difficoltà estreme. Nella fase conclusiva della terapia il paziente avverte ed esprime un importante miglioramento soggettivo, un raggiungimento di un certo benessere interno che si ripercuote favorevolmente sulla capacità di instaurare e di costruire relazioni interpersonali più autentiche e significative.

In particolar modo il paziente sembra acquisire un'importante possibilità mai sperimentata: la libertà di scegliere con più consapevolezza ciò che gli si presenta dinnanzi in termini soprattutto di affetti, di esperienze e di relazioni interpersonali.

Alcune note conclusive

L'obiettivo finale

Questo tema è stato discusso a più riprese nei capitoli precedenti e ad essi rimandiamo per una sua estesa trattazione.

Ci limitiamo a qualche considerazione generale.

Il presupposto di partenza è che nell'uomo la parte cosciente è importante quanto quella inconscia. La coscienza è la parte attraverso la quale entriamo in rapporto con noi stessi e con il mondo in maniera consapevole e ha alcune funzioni proprie, tra cui quelle razionali. Non bisogna però commettere l'errore di attribuire un eccessivo valore alle componenti coscienti e razionali. L'inconscio, quella parte cioè dell'uomo di cui non si è consapevoli, ha un'importanza per lo meno pari a quella cosciente e, anche se non è visibile, fa sentire la sua influenza determinando stati emotivi e comportamenti su cui la coscienza e le sue funzioni non hanno alcun potere.

Ad esempio non si può decidere di chi e quando innamorarsi così come non si può decidere se una persona deve esserci simpatica o antipatica.

Per vivere in una condizione di benessere psichico è necessario che le componenti coscienti e quelle inconscie non siano tra di loro in contrasto. E' pertanto necessario che queste due componenti siano tra di loro in comunicazione.

Quando tra di loro è presente una dissociazione si viene a creare la condizione perché si realizzi la nevrosi, con tutto il suo carico di sofferenza.

La psicoterapia ha lo scopo di agire sulla dissociazione tra la co-

scienza e l'inconscio e di mettere in relazione i loro contenuti in modo da attingere all'energia psichica presente nell'inconscio, ponendo termine a stati emotivi o comportamenti determinati dai conflitti inconsci. Lo scopo finale è quindi di attivare un processo di crescita che determini l'ampliamento della conoscenza e della consapevolezza e di conseguenza il rafforzamento e la maturazione della personalità.

Note biografiche degli autori

Coordinatore del volume

Salvatore Di Salvo

Psichiatra, Analista Jungiano, Responsabile del Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino, Presidente dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione

Coautori del volume

Fabrizio Boccardo

Psicologo, Psicoterapeuta, lavora presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino

Monica Giuliacci

Psicologa, Psicoterapeuta, Segretaria Generale dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, lavora presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino

Eleonora Gasparini

Psicologa, Psicoterapeuta, lavora presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino

Laura Mariotto

Psicologa, Psicoterapeuta, lavora presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino

Francesca Scorcia

Psicologa, Psicoterapeuta, lavora presso il Centro Depressione
Ansia e Attacchi di Panico di Torino

Biblioteca dell'Associazione

Opuscoli

A cura dell'Associazione sono stati pubblicati i seguenti opuscoli

Il male curabile (1997)

La depressione oggi (1998)

Depressione, ansia e dap: ombre e luci (1999)

Depressione, ansia e panico: mali curabili (2003)

Depressione, ansia e panico: domande e risposte (2005)

Riconoscere e curare l'ansia e il panico (2008)

La terapia psicologica (2012)

La cura con i farmaci (2012)

La terapia farmacologica dei Disturbi d'Ansia (2017)

Libri

A cura dell'Associazione sono stati pubblicati i seguenti libri

Salvatore Di Salvo

Iniziazione analitica e iniziazione sciamanica.

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1996.

Salvatore Di Salvo

Eva e Doc. Analista e paziente raccontano le vicende della loro relazione analitica.

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2001

Salvatore Di Salvo

Depressione, ansia e panico: percorsi di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003

Salvatore Di Salvo

La psicoterapia individuale

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005

A cura di Salvatore Di Salvo

Storie di cura

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2006

Salvatore Di Salvo

Dalla depressione si esce

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Salvatore Di Salvo

Eva e Doc: storia di una psicoterapia

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Collana di Psichiatria Divulgativa

Salvatore Di Salvo

“La cura della depressione: farmaci o psicoterapia?”

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2011

Salvatore Di Salvo

“Il paziente depresso e i suoi familiari”

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2012

Salvatore Di Salvo

“Riconoscere e curare l'ansia e il panico”

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2013

Salvatore Di Salvo

“depressione e ansia nelle diverse fasi della vita”

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2014

Salvatore Di Salvo

“Racconti di storie cliniche”

Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2015

*Tutti gli opuscoli e i libri sono scaricabili gratuitamente dalla
Sezione “Pubblicazioni” del sito www.depressione-ansia.it*