

CAP. 1

I PRINCIPI FONDAMENTALI

- MODELLO di interpretazione della MALATTIA in quanto DEFICIT: viene applicato ai pazienti che soffrono a causa di strutture psichiche carenti o assenti per ragioni evolutive.

L'ESPERIENZA SOGGETTIVA:

- se la **psich descrittiva** suddivide per categorie i pazienti a seconda dei loro comuni tratti comportamentali e fenomenologici, elaborando liste di sintomi e mettendo in secondo piano l'esperienza soggettiva del paziente;
- la **psich ad orientamento dinamico** si avvicina al paziente cercando di determinare cosa è unico in lui. I sintomi e i comportamenti sono considerati solo come il comune collettore finale di esperienze altamente personali che filtrano i fattori determinanti biologici e ambientali della malattia.

L'INCONSCIO:

-Suddiviso in *Preconscio & Inconscio*

-Due prove cliniche: SOGNI & PARAPRASSIE

-I sintomi e il comportamento sono riflessi di processi inconsci che difendono da desideri e sentimenti rimossi. Molta attenzione al comportamento NON-VERBALE del paziente; certe modalità di relazionarsi con gli altri vengono interiorizzate e sono espresse automaticamente e inconsciamente come parte del carattere del soggetto.

DETERMINISMO PSICHICO:

Siamo consciamente confusi e inconsciamente controllati, siamo molto limitati, mettiamo in atto un copione scritta dall'inconscio.

Quando il comportamento umano diviene particolarmente sintomatico i limiti del libero arbitrio diventano più evidenti! I sintomi rappresentano un adattamento alle richieste di un copione inconscio forgiato da un coagulo di pulsioni, difese, relazioni oggettuali e disturbi del sé.

Il comportamento ha un significato! E di solito un singolo comportamento o sintomo assolve diverse funzioni e risolve molti problemi!

All'interno di questo concetto però vi è uno spazio decisionale: l'intenzione cosciente di cambiare può essere un fattore importante nella risoluzione dei sintomi.

IL PASSATO:

Le esperienze infantili sono fattori di importanza cruciale nel determinare la personalità adulta.

L'eziologia e la patogenesi sono spesso collegate ad eventi accaduti nell'infanzia. I bambini percepiscono l'ambiente circostante attraverso filtri altamente soggettivi che possono distorcere le reali qualità delle figure attorno a loro.

Il processo evolutivo è un'interazione attiva fra tratti ereditati e fattori ambientali che modellano questi tratti.

- FASI PSICOSESSUALI: Orale, Anale, Genitale: come conseguenza di un trauma ambientale, di fattori costituzionali o entrambi, un bambino può rimanere evolutivamente bloccato in una fase, il che comporta una **fissazione** che permane fino all'età adulta. In condizioni di stress, l'adulto può **regredire** a questa fase di sviluppo più primitiva e manifestare l'organizzazione mentale della gratificazione istintuale associata a quella fase.

TRANFERT:

Il passato si ripete nel presente: il paziente vive il medico come una figura significativa del proprio passato! Qualità della figura arcaica verranno attribuite al terapeuta e sentimenti associati a quella figura saranno vissuti allo stesso modo per lo psichiatra. Il paziente inconsciamente rimette in atto la relazione passata!

-2 DIMENSIONI: 1) **ripetitiva**: il paziente teme e si aspetta che l'analista si comporti come i genitori; 2) **da oggetto-Sé**: il paziente desidera un'esperienza risanante o correttiva che è mancata nella sua infanzia.

CONTROTRANFERT:

Il controtransfert del terapeuta e il transfert del paziente sono processi identici: ciascuno esperisce inconsciamente l'altro come qualcuno del proprio passato!

Mentre il transfert viene discusso e analizzato come parte del processo terapeutico, il controtransfert viene monitorato dalla costante vigilanza interna del terapeuta.

RESISTENZA:

È il desiderio del paziente di mantenere lo status quo, di opporsi ai tentativi del terapeuta di produrre insight e cambiamento, rappresenta un compromesso tra le forze tendenti alla guarigione e quelle che si oppongono ad essa.

Può assumere diverse forme (arrivare tardi all'appuntamento, rifiuto di prendere i farmaci, scordare consigli, stare in silenzio, focalizzarsi su materiale irrilevante...), che comunque hanno in comune il tentativo di evitare sentimenti spiacevoli, quali ira, colpa, odio, amore, invidia, vergogna...

RESISTENZA ≠ MECC. di DIFESA; la prima è osservata, i secondi devono essere dedotti.

MENTE e CERVELLO:

L'eziologia della malattia mentale è da rintracciarsi sia nel cervello, sia nella mente, così pure il trattamento dovrà essere somatico e psicoterapico.

Fattori ambientali ed *evolutivi* devono interagire con il *sostrato genetico* per produrre una malattia psichiatrica.

I **farmaci** hanno un effetto psicologico oltre che un impatto sul cervello, e gli **interventi psicoterapici** influenzano il cervello al di là del loro impatto psicologico.

Bisogna differenziare la CAUSA dal SIGNIFICATO, però una psichiatria che perde il dominio dei significati è irrazionale: la presenza di sintomi di eziologia biologica non diminuisce in alcun modo l'importanza del significato. Preesistenti conflitti psicodinamici possono legarsi ai sintomi di derivazione biologica, con il risultato che i sintomi allora fungono da tramite per l'espressione dei conflitti.

PSICHIATRIA PSICODINAMICA:

- il vero vantaggio di questo approccio è la sua attenzione al ruolo dei fattori di personalità nella malattia. I sintomi sono inclusi in una struttura caratteriale; non è possibile curare i sintomi senza tenerne conto.

CAP. 2

I FONDAMENTI TEORICI

1) LA PSICOLOGIA DELL'IO (Freud)

-IL MODELLO TOPOGRAFICO (Conscio, Inconscio e Preconscio)
e STRUTTURALE (Io, Es e Super-Io)

La psicologia dell'Io concettualizza il mondo intrapsichico come un mondo in conflitto tra le tre istanze. Il Super-Io, l'Io e l'Es combattono fra loro e ciò provoca *angoscia* che fa scattare la necessità di un *meccanismo di difesa*. Il **sintomo** è pertanto una formazione di COMPROMESSO che contemporaneamente difende dal desiderio che emerge dall'Es e soddisfa lo stesso desiderio in forma mascherata.

-MECCANISMI di DIFESA: proteggono l'Io contro le richieste istintuali dell'Es.

-rimozione, spostamento, formazione reattiva, isolamento dell'affetto, annullamento retroattivo, somatizzazione, conversione...i più maturi: repressione, altruismo, sublimazione, umorismo.

Certe funzioni autonome dell'Io presenti alla nascita possono crescere senza essere ostacolate da alcun conflitto. (pensiero, apprendimento, percezione, controllo motorio, linguaggio)

2) LA TEORIA DELLE RELAZIONI OGGETTUALI (Klein)

Le pulsioni emergono nel contesto di una relazione e non possono essere mai separate da questa. Le pulsioni si innescano per cercare l'oggetto piuttosto che per ridurre la tensione.

I bambini crescendo interiorizzano non semplicemente un oggetto, una persona, ma una relazione intera (introiezione). Importanza diade madre-figlio: il fattore motivazionale dell'introiezione degli aspetti buoni della madre nel bambino è la paura di perderla, mentre i fattori dell'introiezione degli aspetti negativi può essere la fantasia di controllare l'oggetto contenendolo all'interno.

L'oggetto introiettato non corrisponde necessariamente al reale oggetto esterno!

-**ANGOSCIA FONDAMENTALE**: il lattante prova un primitivo terrore di annichilimento, vive nella paura che la madre entri all'interno del bambino e distrugga ogni cosa buona a sua volta scissa e custodita dentro.

-Klein: 2 POSIZIONI: 1) **schizoparanoide** (*scissione*) per separare ciò che è buono e ciò che è cattivo e *proiezione* degli oggetti buoni all'esterno al fine di proteggerli da quelli cattivi sentiti dentro.

2) **depressiva** preoccupazione di poter danneggiare gli altri, la colpa diventa un aspetto rilevante della vita affettiva del bambino che tenta di risolverla con la riparazione.

Le pulsioni usano io corpo come veicolo d'espressione, esse sono dirette verso oggetti specifici per motivi specifici.

-Winnicott: **madre sufficiente buona**: requisiti ambientali di base necessari al lattante per crescere normalmente. Il bambino ha un'innata tendenza, crescendo, verso la realizzazione di sé...esistenza di un *vero Sé* e di un *falso Sé*!

3) LA PSICOLOGIA DEL Sé (Kohut)

Le relazioni esterne aiutano la persona a mantenere l'autostima e la coesione del Sé. Il paziente ha un bisogno disperato di certe risposte da parte di altre persone per mantenere il proprio senso di benessere.

-2 TRANSFERT: 1) **speculare**: il paziente si rivolge all'analista per ottenere una risposta di conferma, una convalida; 2) **idealizzante**: il paziente vive il terapeuta come se questi fosse un potentissimo genitore la cui presenza consola e risana.

I lattanti crescendo cercano di riconquistare la perduta perfezione del primitivo legame madre-bambino ricorrendo a una delle due strategie: 1) il **Sé grandioso**, nel quale è racchiusa la perfezione; 2) **l'immagine genitoriale idealizzata**, la perfezione è attribuita ai genitori.

Questi due poli costituiscono il *Sé bipolare*. Nel *Sé tripolare* compare anche **l'alter ego**!

Se la mancata risposta empatica dei genitori a queste strategie si ripete regolarmente vi è l'arresto nello sviluppo; se invece le cure sono adeguate il Sé grandioso diventa ambizione, e l'immagine genitoriale idealizzata diventano gli ideali e i valori.

L'obiettivo della terapia è la coesione del Sé!

Gli *oggetti-Sé* sono visti più come funzioni che come persone, è il ruolo svolto da altre persone nei confronti del Sé, oggetti che possono gratificare i bisogni del Sé!

-Wolf: 2 TRANSFERT: 1) **da oggetto-Sé antagonista**: il paziente vive l'analista come un individuo che manifesta un'opposizione benevola, ma fornisce un certo grado di sostegno; 2) **da oggetto-Sé efficace**: l'analista sta permettendo al paziente di provocare efficacemente un indispensabile comportamento da oggetto-Sé!

-5 BISOGNI INNATI: 1-attaccamento e affiliazione, 2-controllo psichico e necessità fisiologiche, 3-asserzione e esplorazione, 4-reagire alle espressioni avverse con il ritiro e l'antagonismo, 5-piacere ed eccitamento sessuale.

4) IL MODELLO CONFLITTUALE RELAZIONALE (Mitchell)

Il conflitto è considerato come una CONFIGURAZIONE RELAZIONALE piuttosto che come una tensione tra istanze intrapsichiche. Queste relazioni conflittuali nel corso della vita sono precocemente interiorizzate e poi rivissute in età adulta.

Il concetto di soggettività è sostituito a quello di INTERSOGGETTIVITÀ: obiettivo evolutivo che coinvolge un completo riconoscimento della separatezza e dell'autonomia dell'altro. Per il paziente uno scopo dell'analisi è quello di imparare a considerare l'analista e gli altri come soggetti separati, piuttosto che come oggetti da usare per la gratificazione dei propri bisogni.

CAP. 3

VALUTAZIONE PSICODINAMICA DEL PAZIENTE

- IL COLLOQUIO CLINICO

Primo obiettivo: stabilire un rapporto e una comprensione condivisa. Lo psichiatra deve trasmettere che il paziente viene accettato, valutato e considerato come una persona unica con problemi propri. Comprendere il punto di vista del paziente!

CARATTERISTICHE:

-spesso il paziente non sa cos'ha e non ci arriva velocemente a comprenderlo, spesso può essere ambivalente verso l'abbandono dei sintomi, spesso omette delle informazioni per dare una buona impressione.

-qualunque distinzione tra diagnosi e terapia sarebbe artificiosa: il modo stesso in cui l'anamnesi viene raccolta può essere terapeutica.

-il paziente deve essere coinvolto attivamente come collaboratore nel processo esplorativo.

-un'etichettamento diagnostico relativo al DSM-IV è solo un aspetto del processo diagnostico, la vita intrapsichica del paziente è una parte essenziale dell'insieme di dati.

-sono molto importanti i sentimenti del medico durante il processo diagnostico e terapeutico.

-la relazione paziente-terapeuta è sempre una ,miscela di transfert e relazione reale, occorre un continuo automonitoraggio in proposito.

RACCOLTA ANAMNESI:

-2 obiettivi: 1) **diagnosi descrittiva**; 2) **diagnosi dinamica**

-lo psichiatra deve creare un'atmosfera nella quale il paziente si senta libero di parlare,

-l'intervistatore deve diventare un partecipante attivo nella relazione,

-esaminare la storia evolutiva del paziente, incoraggiando i collegamenti tra passato e presente,

-le omissioni significative nella storia evolutiva sono degne di nota,

ESAME STATO MENTALE:

-orientamento e percezione

-cognizione, idee suicidarie

-affettività, stati emotivi del paziente, meccanismi di difesa

-azione, comportamento non-verbale

-test psicologici, proiettivi...

- ESAMI MEDICI E NEUROLOGICI

- DIAGNOSI PSICODINAMICA

-caratteristiche dell'Io: la storia lavorativa ci dice sulla globale forza dell'Io del paziente; determinare la capacità di mentalizzare; attenzione al funzionamento difensivo dell'Io.

-relazioni oggettuali: relazioni dell'infanzia, aspetti reali e transferali della relazione con lo psichiatra, relazioni attuali del paziente.

-il Sé: esaminare la persistenza e la coesione del Sé, la maturità degli oggetti-Sé, la stima di Sé, la continuità del Sé, i confini del Sé.

CAP. 4-5-6 **TRATTAMENTI**

-PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

OBIETTIVI: insight, comprensione, risoluzione del conflitto attraverso l'interpretazione, sviluppare il vero Sé, capacità di riflettere sul proprio mondo interno, migliorare la qualità delle relazioni, adattarsi alle frustrazioni, rafforzare le difese, costruzione dell'Io

FREQUENZA SEDUTE: trattamento espressivo: diverse sedute settimanali col paziente sdraiato sul lettino; terapia di sostegno: una volta a settimana.

LIBERE ASSOCIAZIONI: richiedono l'abbandono dell'abituale controllo sui processi di pensiero, e lo sforzo di dire qualunque cosa venga in mente senza censurare parole o pensieri. Intervengono normalmente delle resistenze.

-**NEUTRALITÀ:** non è distacco, il calore emotivo è importante, occorre una posizione non giudicante!

-**RISERVATEZZA:** rivelare dettagli personali è raramente utile

-**ASTINENZA:** per Freud l'analista doveva rifiutare la gratificazione dei desideri transferali del paziente...oggi si pensa possano essere presenti.

INTERVENTI:

- **Interpretazione:** rendere conscio qualcosa di inconscio, è importante farlo quando il materiale è quasi conscio anche al paziente.
- **Confronto:** affrontare qualcosa che il paziente non vuole accettare
- **Chiarificazione:** riformulazione, un tirare le fila del discorso
- **Incoraggiamento a elaborare:** richiesta di info su un argomento introdotto dal paziente
- **Convalidazione empatica:** dimostrazione della sintonia empatica del terapeuta con lo stato interno del paziente
- **Consigli ed elogi:** dare diretti suggerimenti sul comportamento e rinforzare comportamenti messi in atto dal paziente
- **Conferma:** succinte note a sostegno dei commenti o dei comportamenti del paziente.

I SOGNI: le associazioni del paziente riferite agli elementi del sogno vengono utilizzate per comprendere il contenuto latente dietro al manifesto.

ALLEANZA TERAPEUTICA: riguarda la capacità del paziente di collaborare in maniera produttiva con il terapeuta percepito come un professionista con buone intenzioni.

-PSICOTERAPIA BREVE

INDICAZIONI: capacità di insight, alti livelli di funzionamento dell'Io, forte motivazione a comprendere se stessi, capacità di instaurare relazioni profonde, capacità di tollerare l'ansia

NUMERO DI SEDUTE: dai 2 mesi ai 6 con una media di 15-20 sedute

PROCESSO TERAPEUTICO: -rapida formulazione dell'ipotesi da parte del terapeuta

-procedere con aggressività verso l'interpretazione delle resistenze

-cornice di riferimento molto empatica per non attaccare il paziente

-DINAMICA DI GRUPPO

-il terapeuta incontra il gruppo una volta a settimana

-sedute della durata di 1h e 15 min o 1h e mezza.

-la composizione può variare, i gruppi eterogenei presentano più vantaggi,

-metodo combinato con interventi centrati sull'individuo sia interventi sul gruppo

-intensità del transfert può essere diluita, spostamento del transfert dal terapeuta ad un membro del gruppo; vi può essere anche il transfert contro il gruppo come entità

-il controtransfert può essere più intenso

INDICAZIONI: forte motivazione, mentalità psicologica, forza dell'Io alta, capacità di tollerare le frustrazioni inerenti al processo terapeutico, problemi nelle relazioni interpersonali.

CONTROINDICAZIONI: scarsa motivazione, disorganizzazione psicotica, dipendenza da sostanze, disturbo di personalità antisociale, gravi somatizzazione, disfunzioni cognitive.

-DELLA FAMIGLIA E DELLA COPPIA

CONCEZIONE TEORICA: Dicks giunse alla conclusione che una delle fonti principali di discordia tra i coniugi fosse il fallimento di ciascun partner nel confermare la vera natura dell'altro. I partner tendevano invece a forzare l'altro a comportarsi in modi altamente stereotipati e limitanti. Il matrimonio sembrava far regredire velocemente verso relazioni tipo genitore-bambino. I conflitti di coppia possono essere visti come la ricreazione, attraverso l'identificazione proiettiva, di conflitti con uno dei genitori.

TECNICA: obiettivo globale: aiutare i membri della famiglia o della coppia a reinteriorizzare i conflitti che sono stati esteriorizzati attraverso l'identificazione proiettiva. Aiutare ciascun membro a rimpossessarsi delle proprie parti proiettate.

Inizia con un'attenta diagnosi del modo in cui le rappresentazioni interne del Sé e dell'oggetto sono state distribuite nella famiglia per mezzo della scissione e dell'identificazione proiettiva.

Poi il terapeuta spiegherà come tra i vari membri si sia formato un inconscio sistema collusivo, atto a perpetuare il comportamento patologico nel paziente designato.

Talune coppie o famiglie sceglieranno di vivere in una condizione di disarmonia piuttosto che affrontare l'angoscia connessa con il cambiamento.

-FARMACOTERAPIA DINAMICA

Uso combinato di farmaci e psicoterapia!

Un approccio psicodinamico può essere utile per migliorare la *compliance* alle prescrizioni farmacologiche!

Lo psichiatra che prescrive farmaci è una figura transferale perché attiva tematiche inconscie di aspettative genitoriali.

La prescrizione di farmaci può essere intaccata dal controtransfert: per es. una prescrizione eccessiva, non prescrivere un certo farmaco.

La resistenza è talmente forte che la malattia può essere preferibile alla salute, anche il diniego della malattia è un'importante causa di resistenza.

L'alleanza terapeutica gioca un ruolo cruciale nella farmacoterapia psicodinamica: previene la non-compliance.

-TRATTAMENTO OSPEDALIERO

RASSEGNA STORICA:

-Simmel (1929) notò come certi pazienti non potessero essere analizzati al di fuori dell'ospedale a causa di certi comportamenti sintomatici. Ebbe l'idea che un ospedale potesse prolungare l'ora di psicoterapia addestrandolo i membri dello staff.

-Menninger (1939) applicò i principi della psicoanalisi direttamente in ospedale modificandone l'ambiente.

-Sclesinger e Holzman (1970) l'ambiente ospedaliero poteva offrire al paziente la possibilità di elaborare in un contesto reale quanto veniva discusso nella terapia.

-Kernberg (1973) partendo dal presupposto che i pazienti riproporranno nell'ambiente esterno le loro relazioni oggettuali interne, sviluppa un approccio GLOBALE al trattamento ospedaliero fondendo la teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali, la teoria sistemica e l'uso dei processi gruppali.