

Psicoterapie psicoanalitiche

Le psicoterapie psicoanalitiche hanno *fondamento comune* negli assunti sulle cause dei disturbi psicologici. Sul piano operativo le tecniche terapeutiche possono essere descritte lungo un continuum che va dal trattamento noto come psicoanalisi, alle psicoterapie espressive ad orientamento psicoanalitico, fino alle psicoterapie di sostegno o supportive. I trattamenti possono essere di durata non predeterminata, o avere un limite temporale prefissato (le cosiddette psicoterapie brevi).

In linea di massima le tecniche che enfatizzano maggiormente il versante espressivo sono indicate per i pazienti con disturbi e sofferenze psicologiche collegate alla presenza di conflitti intrapsichici, e funzioni dell'Io sufficientemente integre, con capacità di insight e motivazione a comprendere se stessi al di là della richiesta di un sollievo sintomatico.

Le tecniche più orientate sul versante supportivo sono indicate di solito per i pazienti con cronici deficit dell'Io (per es. bassa tolleranza all'angoscia e alla frustrazione, inadeguato senso di realtà, relazioni oggettuali gravemente difettose, scarso controllo degli impulsi, scarsa capacità di auto-osservazione, tenue capacità di formare un'alleanza terapeutica).

Le tecniche di psicoterapia breve (6-25 sedute) sono indicate per i pazienti con caratteristiche simili a quelle dei pazienti con indicazione per un trattamento espressivo, se in sede di consultazione è possibile individuare un nucleo problematico centrale su cui focalizzare il lavoro terapeutico, o per i pazienti, in precedenza ben adattati, che sono andati in crisi a seguito di eventi di vita traumatici (es. catastrofi naturali, divorzio, perdita del lavoro o dello status sociale, morte di familiari).

Obiettivi delle terapie psicoanalitiche sono: alleviare e curare la sofferenza psicologica, e la costruzione di un'organizzazione psichica più solida, come ad esempio un incremento del senso di padronanza sulla propria vita, un miglioramento della capacità di riconoscere e gestire i propri sentimenti, emozioni e comportamenti, un incremento dell'autostima realisticamente fondata, e della capacità di fare fronte alle difficoltà della vita in modo adattabile e realistico.

Tali obiettivi sono perseguiti nei trattamenti espressivi principalmente cercando di promuovere nei pazienti insight, cioè una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato, e un'integrazione di questa comprensione e dell'esperienza relazionale con il terapeuta (che ha una funzione terapeutica indipendentemente) nel contesto globale della personalità.

Nelle terapie maggiormente orientate verso il versante supportivo, gli interventi del terapeuta sono finalizzati nei pazienti gravi a sopperire alle debolezze dell'Io, e a rafforzare le difese e la capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e sociali, o nei pazienti in precedenza ben adattati, il cui funzionamento mentale è stato compromesso da una crisi, al ripristino di un buon assetto difensivo. Questi obiettivi sono perseguiti senza promuovere, almeno inizialmente, insight sui moventi inconsci della sofferenza.

Elementi di tecnica sono: l'ascolto, filtrato dalle conoscenze teoriche e dall'esperienza, delle comunicazioni verbali e non verbali del paziente; il monitoraggio del transfert, cioè del tipo di relazione che il paziente instaura con il terapeuta e dei bisogni desideri ed emozioni, consci e inconsci, che esso veicola; il monitoraggio del controtransfert, cioè delle emozioni, sentimenti, pensieri, ricordi ed impulsi ad agire prodotti nella mente del terapeuta dalla sofferenza e dal transfert del paziente; gli interventi verbali del terapeuta finalizzati alla costruzione di una solida alleanza terapeutica, allo sviluppo della funzione riflessiva, e alla promozione di insight nel paziente. Qualche breve chiarimento aiuterà a comprendere meglio questi concetti:

- *L'ascolto psicoanalitico* si basa sull'assunto che le associazioni del paziente (pensieri affetti, fantasie, sogni, racconti del presente e ricordi del passato), che si susseguono durante una o più

sedute, abbiano un legame fra loro, che origina dal problema che il paziente sta affrontando nel suo quotidiano o nella relazione terapeutica. L'ascolto si organizza nella mente del terapeuta attorno ad ipotesi che comprendono il problema centrale nella vita attuale del paziente e le fantasie e i conflitti ad esso collegati, la relazione in atto tra paziente e terapeuta, e le possibili origini storiche dei sintomi e dei conflitti attuali.

- *Il transfert* consiste nella riattivazione inconsapevole da parte del paziente, all'interno della relazione terapeutica, di fantasie, desideri, bisogni, conflitti, e schemi di comportamento che hanno caratterizzato nel passato le relazioni infantili, in particolare quelle traumatiche, con le persone significative. Dibattiti aperti riguardano il ruolo delle caratteristiche personali del terapeuta nel promuovere un determinato tipo di transfert, e il valore terapeutico, rispetto alla rievocazione della memoria, della ripetizione vissuta, mossa dalla ricerca di risposte riparative e correttive diverse da quelle traumatiche del passato. Il transfert non deve essere confuso con le legittime risposte del paziente a comportamenti, attitudini, ed errori del terapeuta.
- *Il controtransfert* consiste nell'attivazione nella mente del terapeuta di fantasie, pensieri, emozioni, ricordi, e impulsi ad agire, in risposta alle caratteristiche del paziente, ed in particolare al suo transfert. Il suo monitoraggio consapevole è attualmente ritenuto un importante mezzo di comprensione dei vissuti e delle difficoltà del paziente, e delle identificazioni proiettive veicolate dalle sue comunicazioni verbali e comportamenti. Il controtransfert non deve essere confuso con eventuali fenomeni transferali inconsci sul paziente da parte di un terapeuta poco preparato e poco consapevole del proprio mondo interno.
- *L'alleanza terapeutica* riguarda la capacità del paziente di collaborare in maniera produttiva al processo terapeutico. È un buon indicatore dell'esito del trattamento.
- *Gli interventi del terapeuta*: consistono in domande, riformulazioni, confronti, ricostruzioni, interpretazioni e interventi d'appoggio. È fondamentale che dopo ogni intervento il terapeuta ascolti con attenzione le successive parole del paziente, perché la correttezza di un intervento è convalidata sostanzialmente dallo sviluppo di nuove associazioni o ricordi significativi.

Le domande hanno lo scopo di chiarire ambiguità o punti oscuri delle comunicazioni del paziente, di indagare su omissioni significative, e di fare sviluppare associazioni, e non devono, pertanto, essere fatte a caso, né con troppa frequenza; possono essere utili con i pazienti che tendono alla messa in atto per indurli a riflettere, e con i pazienti poco portati all'introspezione per proporre un modello di autoindagine.

Le riformulazioni sono interventi del terapeuta che consistono nella ripetizione ad eco, o con minime modificazioni, di una frase, o di un concetto, o delle ultime parole pronunciate dal paziente, o nel riassunto sintetico delle ultime cose dette. Servono per dare particolare risalto a certi aspetti della comunicazione per favorire la consapevolezza, o introdurre un modo diverso di valutare la comunicazione. Segnalano ascolto e invitano al feedback.

Le confronti sono interventi che richiamano l'attenzione del paziente su specifici aspetti del suo comportamento (modi poco realistici di affrontare situazioni e conflitti reali, messe in atto e comportamenti ripetitivi, meccanismi di difesa, situazioni di stallo della terapia e rotture dell'alleanza terapeutica). Trasmettono implicitamente il messaggio: "Rifletti su quello che stai facendo, o considera quello che hai appena detto". Aiutano il paziente a consolidare l'esame di realtà, e a controllare l'impulsività, incoraggiano l'abitudine all'introspezione e l'emergere di nuove associazioni significative, e pongono le premesse ad interventi interpretativi.

Le ricostruzioni o costruzioni sono tentativi di colmare una lacuna evidente nella memoria del paziente. Servono per comprendere appieno l'origine della sofferenza e delle disfunzioni del paziente, perché i sintomi e le disfunzioni dell'Io prendono le mosse da traumi reali, dal significato che questi rivestono per il paziente e dalle fantasie inconsce connesse. Si effettuano quando nei ricordi e nelle fantasie coscienti del paziente manca qualcosa che potrebbe rendere conto del suo comportamento e delle sue fantasie attuali. Le ricostruzioni possono riferirsi ad eventi relativamente recenti o remoti, a risposte affettive mancanti, ad un evento di vita cruciale, o ad importanti fantasie.

Possono riferirsi ad un unico evento traumatico acuto, o a situazioni continuative, come una certa atmosfera familiare, o aspetti patologici nelle relazioni significative dell'infanzia. Più comuni e frequenti sono le ricostruzioni di portata limitata (es. deve essersi sentito in questo modo, o pensato questo); meno frequenti, le ricostruzioni di importanti traumi rimossi. Di fatto non c'è soluzione di continuità fra ricostruzione e interpretazione.

Le interpretazioni sono interventi verbali finalizzati a produrre insight, cioè a rendere il paziente consapevole, a livello cognitivo ed emotivo, dei conflitti, dei traumi, delle fantasie e delle motivazioni inconscie che sottendono i suoi sintomi o le sue disfunzioni. Possono richiedere diverse sedute, ed essere riprese più volte nel corso di una psicoterapia. L'interpretazione per essere significativa e pregnante deve essere vicina alla consapevolezza del paziente e prendere spunto dal problema centrale nella vita attuale del paziente e nella terapia, avendo presente che ci riferiamo alla realtà psichica, cioè a quella qual è percepita dal paziente, e che è fortemente influenzata dalle esperienze di vita passate e dalle fantasie inconscie (desideri, risposte dell'Io, reazioni del Super Io, e importanti ricordi di esperienze passate). Possono riguardare le difese e le resistenze (le operazioni mentali utilizzate nella vita quotidiana o nella terapia per fronteggiare l'angoscia e risolvere i conflitti), il transfert (le reazioni e le fantasie nei confronti del terapeuta e la terapia), o le fantasie, le esperienze traumatiche, e i conflitti riattivati dagli eventi di vita presenti e collegati ai sintomi o ai comportamenti disadattivi.

Gli interventi d'appoggio hanno lo scopo di rinforzare l'Io, rimandare al paziente un'immagine di sé positiva, promuovere l'autonomia, l'introspezione, la fiducia in se stessi dei pazienti e lo sviluppo di risorse più efficaci. In senso generale il terapeuta fornisce appoggio con l'impostazione corretta del setting, l'ascolto del paziente con rispetto e comprensione, e la scelta del momento opportuno per intervenire. Interventi d'appoggio specifici consistono in commenti che evidenziano l'apporto del paziente al processo terapeutico, la capacità di affrontare gli eventi di vita in modo costruttivo, i moventi positivi del loro comportamento, la convalidazione empatica dei sentimenti (capisco come lei si sia sentito addolorato, arrabbiato deluso ecc.). Interventi d'appoggio sono anche le confrontazioni che mirano a fare riflettere il paziente su comportamenti autodistruttivi o pericolosi, o comunque disadattivi, e a prendere in considerazione soluzioni alternative e le conseguenze delle soluzioni possibili. Consigli e interventi direttivi, pur se motivati dall'intenzione consapevole di fornire appoggio, sono da evitare perché le conseguenze sono imprevedibili e a volte negative. Interventi attivi possono essere necessari quando è in pericolo la vita del paziente o di altri, o in caso di regressione acuta.

Le ricerche sull'efficacia delle psicoterapie psicoanalitiche si sono concentrate in prevalenza sugli esiti delle terapie psicodinamiche brevi. I risultati di queste ricerche depongono per l'efficacia di queste terapie rispetto ai gruppi di controllo, e in alcuni casi per un vantaggio rispetto ad altri tipi di trattamento nel mantenimento degli effetti a lungo termine.

I dati sugli esiti dei trattamenti a lungo termine sono limitati a causa di problemi metodologici di difficile soluzione come la costituzione di gruppi di controllo che rimangano in lista d'attesa per un tempo considerevole, e per la difficoltà a mantenere sotto controllo variabili collegate ai vari eventi di vita che possono sopravvenire nel corso degli anni.