Dopo esserci chiesti come facciamo a darci delle risposte su quale intervento è efficace o meno efficace, che erano un po' le domande da cui siamo partiti dall’inizio del corso e che magari c'erano rimaste dagli anni scorsi, come quale scuola scelgo?…

La risposta a questa domanda è estremamente complessa e non è nota.

Ci siamo fatti un po' di domande sugli strumenti, sui modi di pensare, sulle tecniche che si possono adottare per cercare di arrivare a queste risposte.

Uno degli elementi che ritorna più volte durante le lezioni scorse è quest’idea del paradosso dell’equivalenza, e cioè che nonostante ci sia una varietà di tipologie di intervento nella ricerca non emerga molto chiara l’efficacia tra tutti questi tipi di approcci; abbiamo visto perché questa cosa è problematica e inoltre un altro elemento su cui non abbiamo messo tanto il focus ma che ritornava via via era questa idea che essendoci questa equivalenza quello che era efficace all’interno della terapia, era qualcosa che era attraverso i modelli, quindi un po' dalla situazione, dalla ricerca sull’outcome, anche storicamente sono emerse delle insoddisfazioni da parte dei clinici…

Le diverse teorie erano veramente efficaci? A queste teorie corrispondono davvero diverse pratiche? Se impostazioni diverse portano allo stesso risultato, forse succede che poi in realtà in terapia le pratiche non sono così differenti le une dalle altre oppure sono estremamente differenti come i modelli teorici intendono? e ciò nonostante non c'è una differenza.

Poi ovviamente che cosa c'è in comune ce lo siamo detto e ovviamente quali sono le caratteristiche del terapeuta che possono portare un cambiamento più efficace e quali sono le caratteristiche del paziente, che si incastrano con quelle del terapeuta, che abbiamo detto essere, a sorpresa, una delle variabili che dicono una grande parte della varianza dell’outcome. Allora prima di affrontare il nucleo di queste domande cioè qual è veramente la cosa in comune è importante fare un piccolo passo indietro. Finora abbiamo sempre dato per scontato il concetto di psicoterapia e di modelli, però quando parliamo di psicoterapia siamo di fronte ad un campo veramente sterminato, allora prima di passare ai fattori comuni del processo terapeutico è importante fare un po' di chiarezza geografica su che cosa sono questi modelli.

Allora sicuramente abbiamo la nostra psicoterapia dinamica che è quella che conosciamo e che questo corso di laurea porta nel titolo, poi abbiamo un’altra grande famiglia, che è quella cognitivo comportamentale. Questa ha una forza enorme rispetto alla psicologia dinamica infatti in Europa non ci sono quasi più scuole di psicoterapia dinamica, è rimasta Padova e in Francia c'è qualche baluardo, ma trovare un corso di psicologia dinamica in Germania, in Svizzera in Inghilterra è impossibile quindi quando parliamo di questi grandi insiemi ricordiamo che c'è un grande ruolo di forza che non viene sottolineato e in questo momento ha veramente il ruolo del predatore. Poi abbiamo la terza forza, che è la psicologia umanistica, tutta quella impostazione legata a Rogers e all’idea di affrontare l’altro in base alle sue esigenze esistenziali, umane, più filosofiche se vogliamo.

E poi abbiamo la grande macrofamiglia della terapia sistemica che vedremo sicuramente entro la fine del corso. La terapia sistemica, in due parole, si muove dall’idea di vedere gli individui come dei sistemi che sono all'interno di altri sistemi in un continuum di livelli di complessità. Per cui per capire la natura dell’individuo bisogna capire la natura dei legami dell’individuo con l’ambiente. Quindi diciamo che quando parliamo di efficacia, abbiamo parlato sempre di queste macroaree; quello di cui vorrei che ci rendessimo conto è che parliamo di queste macroaree e che ne abbiamo un’altra (la psichiatria) che non è propriamente una cosa che ci viene insegnata nella branca della psicoterapia, però è un’altra forza dell’intervento psicologico sulla psicopatologia. Qui (nella slide) è piccolina, ma se dovessimo fare lo stesso insieme per quanto riguarda la forza politica e di diffusione sarebbe estremamente grande ed è quindi un'altra cosa con cui dobbiamo fare i conti.

E poi non finisce qui, perché all'interno di ciascuna di queste macroaree possiamo individuare un numero pressoché sconfinato di suddivisioni.

Per esempio abbiamo la psicoanalisi, in parte sovrapposta in parte no con la psicologia dinamica. All'interno della psicoanalisi possiamo vedere i vari orientamenti e modelli teorici Junghiani ecc.

e all'interno della psicologia dinamica abbiamo orientamenti della psicologia del sè, la psicodinamica relazionale, le relazioni oggettuali ecc. in parte modelli teorici, in parte scuole che orientano l'intervento su aspetti più o meno specifici. Sono degli argomenti importanti quando c'è da fare una scelta della vostra scuola di psicoterapia, ma anche quando un paziente deve fare una scelta informata su quale tipo di trattamento è meglio per lui, è più tassativa più grave come scelta. Quando un paziente sceglie un terapeuta si trova di fronte a un livello di confusione più o meno pari a quando noi ci troviamo di front per la prima volta a questa moltitudine di possibili interventi, e ciascuna di queste sotto scuole ha la sua idea di psicoterapia, e quindi è sicuramente difficile riuscire ad orientarsi. Ne spuntano come funghi di questi modelli!

Per quanto riguarda le macro aree ve ne riporto qualche d'una poi vedremo più nel dettaglio ma giusto per avere una mappa mentale, qui abbiamo nel campo della psicoterapia umanistica il modello di Rogers, la psicoterapia della Gestalt, ce ne sono tante altre, centinaia.

Poi ci sono fenomeni che vanno attraverso questi insiemi, rendendoli più complicati, ad esempio la filosofia costruttivista è stata più o meno esplicitamente incorporata da parte di tutti i modelli di intervento, al di là di quella che è la scuola costruttivista, focalizzata esclusivamente su questo modo di ragionare. Le questioni epistemologiche sollevate dai movimenti costruttivisti sono universali e trasversali all'idea stessa della costruzione della conoscenza, in tutti i campi, anche nelle modalità con cui l'essere umano costruisce la sua patologia e il suo funzionamento sano. Quindi troviamo l'idea della costruzione del sè in diversi termini all'interno di tutte le nostre scuole. Abbiamo l'infant research, un altro fenomeno di scienza che con le sue osservazioni etologiche sullo sviluppo del bambino e sullo sviluppo della relazione madre-bambino, ha portato a dei dati di fatto a delle evidenze così inconfutabili rispetto a come si costruiscono i processi di pensiero e come si sviluppa, in età estremamente precoce, la capacità di costruire rappresentazioni. L’Infant Research ha di fatto, nel bene e nel male, con la teoria dell’attaccamento e tutte le altre osservazioni, messo dei paletti a cui tutte le altre scuole si sono dovute aggiustare, compresa la psicanalisi, considerata tra quelle più monolitiche e con più basso tasso di cambiamento, che poi non è vero. E poi ci sono le neuroscienze, che partono con presupposti totalmente diversi, però di nuovo entrano in scivolata attraversando tutti gli orientamenti teorici della psicoterapia, che al giorno d'oggi non possono più fare i conti con i risultati più o meno contraddittori, ma comunque scientificamente forti. Anche i libri moderni devono fare i conti con i neuroni specchio con l’idea che ci sono determinati reti che si attivano o disattivano di fronte a determinati funzionamenti. Quindi il problema è come facciamo noi a farci un'idea chiara di qual è il processo della psicoterapia, come facciamo a capire che cos’è la psicoterapia e cos’è il motore del cambiamento quando siamo posti di fronte a questa pluralità, a questa frammentazione di idee modelli, concetti, sicuramente in parte tutti intersecati ma in maniera complessa. Ci si chiede ma perché siamo arrivati a questo, perché invece di andare verso un lavoro di integrazione, che comunque c'è, si va incontro a ulteriore specificazione, frammentazione. Da un lato ci sono ragioni storiche, la psicoterapia è una scienza molto giovane per quello che è lo standard delle scienze, sono 100/150 anni che la affrontiamo in maniera sistematica, e 50-60 anni che i modelli cognitivisti si sono consolidati, quindi siamo in un'infanzia. Non ci dobbiamo scoraggiare da questo punto di vista, dobbiamo vederlo come un approccio ancora pionieristico. In questo senso sono orientate le impostazioni sugli studi di efficacia e ci siamo detti qual è il rigore metodologico per non avere delle risposte confuse e poi vediamo che a dirla tutta dovremmo essere in grado di discriminare metodologicamente tra tutti quei piccoli insiemi, ciascuno che ha la sua terminologia e non abbiamo rct con un campione talmente grande per discriminare tutte queste variabili. D'altro canto dobbiamo sempre fare conti con il fatto che il servizio sanitario paghi la psicoterapia e quindi che ha una ragione lo studio dell’efficacia. Noi essendo studenti di questo genere di cose è importante che non ci diamo la risposta che diamo ai ragionieri e ai contabili, cioè la psicoterapia funziona e basta, ma che ci diciamo la psicoterapia indubbiamente funziona ma dobbiamo ancora fare ordine tra questa nostra confusione storica.

**La psicoanalisi**

La psicoanalisi crea un po' tutta questa idea dell’incontrarsi una o più volte alla settimana e parlare dell’elaborazione dei traumi, questo noi a Freud glielo dobbiamo che ci piaccia oppure no, perché l'ha inventato lui. Allo stesso modo la psicoanalisi ha iniziato a chiudersi in comunità, nel primo 900, in cui si rifiutava di comunicare con i ricercatori e con i neuroscienziati, portando frammentazioni. Allo stesso modo i cognitivisti hanno iniziato a dire <noi facciamo delle cause-effetto estremamente forti e tutta la vostra roba sui sogni non sta né in cielo né in terra> quindi siamo arrivati a questo punto per una mancanza di comunicazione storica, perché nel momento in cui si è membri di una istituzione giovane c'è bisogno di consolidare un’identità più che di allentare la propria identità ed entrare in contatto con l’identità altrui e di fare un lavoro di integrazione, ma c'è anche una questione di pratica: cosa devo fare con il mio paziente? perché indubbiamente porsi di fronte al paziente con una convinzione forte rispetto a qual è il suo problema, qual è l’azione che posso mettere in atto per aiutare il mio paziente è indubbiamente molto più empowerizzante e dà molti più strumenti che accettare di avere una conoscenza frammentaria, confusa, pionieristica di quello che è il funzionamento della mente umana. Non posso solo pormi con questa debolezza intellettuale di fronte a una richiesta di aiuto che mi viene posta. Se viene una persona psicotica o che ha una depressione grave che mi racconta una storia di tentato sudicio e gli dico <guardi la vorrei aiutare, ma ne sappiamo ancora molto poco su come funziona la mente> è chiaro che ho un problema di efficacia, quindi anche il fatto che si siano radicate alcune di queste dimensioni è anche una questione di necessità pragmatica e vedremo come questo e uno degli ostacoli più grandi all'integrazione delle psicoterapie.

L’altra questione è che i confini in questo insieme, non sono statici, la realtà dei fatti è molto più sfumata di quella che è scritta sui libri e anche se vedessimo ciascuno di questi insiemi non piatti ma nella loro evoluzione nel tempo vedremo che c'è una grande mobilitazione ad integrare gli aspetti uno dell’altro, si tende a cercare di prendere il buono o comunque di cambiare.

La psicoanalisi più canonica che si insegna oggi è radicalmente diversa dalla psicanalisi di 50 anni fa e quindi le direzioni future di questo schema sono sicuramente quella dell’integrazione. Ad un certo punto si spera che si arriverà a capire in maniera più causale quali sono gli elementi, i modelli che permettono di spiegare con maggiore forza e universalità i funzionamenti della mente umana e si andrà a prendere le intuizioni dei diversi modelli andando verso la costruzione di modelli via via più sofisticati che si integrano. Il fenomeno dell’Evidence Based Treatment è un fenomeno che non sta andando a scemare, ma sarà una delle rotaie attraverso cui continuerà a muoversi la psicoterapia. L’integrazione e la modellizzazione teorica ci piacciono, ma siamo arrivati a dirci che dobbiamo basare le nostre azioni di clinici su ciò che la ricerca ci dice essere funzionante. Siamo di fronte a questa confusione come se fosse un ciclone, in cui correnti e influenze portano in una maniera o nell'altra altra a questo vortice di teorie e quello che è importante è cercare di dire che in questa fase c'è un punto in cui tutta questa confusione è silenziosa. Nell’occhio del ciclone noi verosimilmente possiamo trovare gli elementi teorici del fenomeno di psicoterapia che non sono soggetti all'influenza di tutti questi casini. Questi sono secondo me gli elementi che sono all'interno dell’occhio del ciclone:

- la diade. Non è un paziente e un terapeuta, è una parola che contiene sia paziente che terapeuta, quindi una sfumatura, se volete, però è una parola, un insieme, un sistema. Ci sono questi elementi che non sono scindibili e questi due elementi sono coinvolti in una rete di continui scambi, che avvengono nella maggior parte delle terapia attraverso due canali fondamentali:

* quello della parola (terapia della parola)
* e tutto il resto dell’interazione quindi terapeuta e paziente si guardano, si studiano, si annusano, si ascoltano e quello che avviene attraverso questi 3 fenomeni genera un cambiamento.

E quello che la ricerca ci ha segnalato é proprio l’essere fondamentale della diade e non il paziente, la diade e non il terapeuta a permettere il cambiamento, la parola e non il contenuto della parola, l’interazione e non la sua forma, cioè sia che dico mi parli di sua madre o che dico lei ha adottato questo pensiero automatico, non si rende conto che sbaglia ad elaborare l’ informazione, ottengo lo stesso cambiamento. È probabile che ci sia qualcosa nella forma non nel contenuto di questi elementi, fondamenti nucleari della terapia, ad avere una forza, però dobbiamo fare attenzione perché questo sincretismo portato all'estremo ci può portare a compiere un errore, quello di dire che tutte le terapie funzionano e il fatto che è la forma della relazione a permettere il cambiamento e non il contenuto. Questo ci potrebbe portare a dire buttiamo via tutto, basta trovarsi con un amico e instaurare una relazione, oppure fare uno pseudo trattamento con un personale che ha fatto un corso di tre mesi. Quello che ci dice la ricerca è però che questo paradossalmente sebbene non sia predittivo del cambiamento, è necessario avere una teoria, un setting, quindi siamo di fronte ad un risultato paradossale. La differenza tra le teorie e la differenza fra le cose che il terapeuta mette in atto non cambia l’intervento, ma se queste cose mancano l’intervento non è efficace. Si sono date delle risposte rispetto a questi risultati che sono un po' quelli che ci siamo già detti, cioè che se il terapeuta è convinto di star facendo qualche cosa di sensato verosimilmente la Diade sarà molto più propensa a credere che si sta facendo un intervento sensato e che potrebbe essere prodromico di un cambiamento.

Ma l’ intuizione che vi do adesso è che potrebbe essere che all'interno di queste stesse cose sia presente qualcosa di meta, cioè il fatto che ci sia una teoria che ci sia un setting, autorevolezza (che vuol dire fare qualche cosa sulla base di uno sviluppo teorico), una relazione empirica possa avere una sua forza. Per uscire un po' da questa confusione ho pensato di fare un discorso strutturato in questa misura, cioè prima di ogni cosa dobbiamo conoscere questi modelli, dobbiamo sapere che le cose in comune sono tante e sono tante le cose diverse, però facciamo un po' di chiarezza su che cosa questi modelli effettivamente dicono, in maniera da poter identificare quali sono gli aspetti specifici. Perché questo ci permette di fare il lavoro opposto e vedere cosa c'è in comune tra questi approcci, una volta che siamo riusciti ad isolare questi aspetti in comune che stanno nell’occhio del ciclone, con la consapevolezza che la teoria è estremamente importante. Quello che è la cosa sensata da fare è quello di chiudere il cerchio e cioè di prendere l’informazione dei fattori comuni, dell’idea di cos’è la relazione terapeutica e di riportarla in seno al nostro modello, arricchendolo e caricandolo nella forza della consapevolezza che il modello di mente può costruire. Il suo intervento può essere limitato, fallace ma con la forza della relazione, che è data dallo studio dei fattori comuni, quei concetti possono evolversi e diventare più sofisticati.

Come scelta quello che ho pensato di fare è presentarvi una carrellata di confronto tra tre macro aree della psicoterapia, quello della psicoterapia dinamica, cognitivo-comportamentale e sistemica, sono le tre aree più importanti, manca la psicoterapia umanistica, di cui ritroveremo aspetti all’interno di queste tre.

**Psicoterapia dinamica**

Cosa la differenzia dagli altri approcci?

Intervento: “Inconscio, transfert, resistenza.”

Inconscio che è un’idea strutturale funzionale, il transfert che è un processo relazionale, la resistenza che è difesa o una tipologia di comportamento.

Intervento: “Mira a un cambiamento nella struttura e alla possibilità di affrontare da soli i problemi, è più lunga ma da più basi per affrontare il futuro”

Con questo abbiamo messo l’ultimo punto. Questo è lo scheletro del modello della psicoterapia, un modello di mente, un modello della relazione terapeutica, un modello di comportamento disadattivo, un modello di obiettivo di trattamento, ora cerchiamo di espanderli.

Il primo punto che del modello di mente della psicologia dinamica è quello della causalità psichica, cioè di fronte ad un comportamento come psicoterapeuti psicodinamici abbiamo la convinzione che questo sia determinato da cause di un vissuto emotivo conscio o inconscio del paziente. Quindi le mie emozioni, i miei pensieri e il mio vissuto inconscio determinano causalmente il mio vissuto conscio.

Altro elemento importante è la prospettiva evolutiva. Se questa causalità psichica mi porta a determinare configurazioni, cluster, opzioni e pensieri che portano causalmente ad avere un vissuto patologico disadattato di sofferenza, c'è l’idea che questo processo di sviluppo sia radicato in un processo di sviluppo più o meno normale. Si presume che ci sia quindi una progressione, una crescita di processi mentali più sofisticati, dato che in alcuni punti o momenti si interrompe o regredisce a fasi precoci.

L’Idea che la coscienza è limitata è un aspetto che trovo paradossale, un baluardo della psicologia dinamica, non c'è nulla, infatti di più studiato nella psicologia cognitiva con lo studio delle percezioni, che ci sono processi che avvengono al di sotto della range della coscienza. Quando ci si sofferma su questa cosa ci si rende conto che il rapporto tra processi coscienti con quelli incoscienti è 99 a 1. Quello che facciamo durante giorno, tutte le azioni che uno fa mentre pensa ad altro ad esempio adesso che dico queste parole, sono consapevole dei movimenti della mia lingua, della selezione delle parole? In parte si, in gran parte no.

Ogni volta che vediamo una persona abbiamo giudizi automatici, processi istantanei, immediati, fisiologici ecc. al di là del piccolo faretto che abbia o meno davano gli occhi.

La psicoterapia cognitiva non ha preso questa forza che è nata da tutti i loro studi sulla cognizione, ma è invece un elemento della psicologia dinamica, tutto ciò è paradossale.

La psicologia dinamica ha un'impostazione teorica che va oltre l'idea del pensiero implicito e quindi c'è un'idea del pensiero primario così com’ è chiamato, cioè inconscio, ramificata e strutturata.

Qui c'è l’idea che affinché un processo possa smettere di essere patologico, è possibile che delle sue cause inconsce debbano divenire consce. Finché c'è un processo latente che porta a determinati comportamenti io sono come un motore in folle, continuo a cambiare delle cose che sono ad un livello diverso da dove agisce il sistema motivazionale. Per il cambiamento devo rientrare in contatto con la pulsione che mi porta ad agire quel comportamento, ad esempio trovare un partner abusante anche se sono consapevole di questo comportamento, l'esempio classico è che io sono cosciente degli epifenomeni legati a questi comportamenti ma non sono cosciente delle ragioni che mi portano a metterlo in atto e finché questi processo inconscio non diventa conscio questa cosa è al di là del mio controllo e quindi diventa patologico.

Poi c'è l’idea che le relazioni sono caratterizzate da un estrema importanza che le porta a essere oggetto di rappresentazione ( idea semplice e potente, ad esempio questo pacchetto di fazzoletti lo vedete, lo nascondo, e voi nella vostra mente avete ancora il pacchetto di fazzoletti, questa è composta dalle caratteristiche mnemoniche , rettangolo, colore, ma anche di più, la costruzione di un oggetto astratto, cioè quello del pacchetto di fazzoletti, che non è questo in particolare, ma generico).

La rappresentazione è molto potente, perché se si ha la rappresentazione dell’altro abusante perché avete avuto un abuso in età infantile, ovunque vi trovate voi siete in compagnia dell’altro abusante, questa è l’idea delle rappresentazione oggettuali e cioè nel bene o nel male, ad esempio vostra mamma è lontana però nel momento in cui vi trovate in un’esperienza stressogena, voi avete a disposizione la memoria implicita di essere stati accuditi in un momento di sofferenza, del fatto di essere una persona di valore perché siete stati riconosciuti come tali, quindi avete un’introiezione e la rappresentazione di un altro accogliente che vi risponde, che vi rispecchia cose positive e questo costituisce una vostra risorsa. L’ idea di pattern ricorrenti, tipo quella della coazione a ripetere, ci sono dei comportamenti consapevoli e inconsapevoli che parlano del meccanismo sottostante. Se io continuo a mettere in atto lo stesso comportamento disfunzionale continuo a stare chiuso in casa con dei pensieri come la mia vita non vale niente, sono un fallito è possibile che ci siamo meccanismi sottostanti inconsci che continuano a generare dei comportamenti disadattivi. C’è l’idea caraterizzante dell’onnipresenza del conflitto, noi non siamo delle creature semplici che possono provare un’emozione alla volta, ma che anzi continuamente proviamo delle espressioni parallele di affetti rispetto alle cose, amare il nostro partner anche nel momento in cui ci fa incazzare nella maniera peggiore, o avere un desiderio profondo di una cosa proibita. Il conflitto tra desideri e norme è quello che muove una gran parte delle sofferenza della nostra vita e questo più è radicato, più è grave e più porta a sofferenze invalidanti o intense. Per evitare questa angoscia mettiamo in atto una serie di comportamenti, difese, resistenze che sono dei processi con cui di fatto distorciamo la realtà migliore per il nostro conflitto, se c'è una cosa di me che non mi piace è molto più facile non vederla anche quando gli altri me la dicono, che non cambiare e mettere in discussione parte della mia persona. Inoltre c'è l’idea che questi processi, i significati che noi diamo alle cose sono complessi, cioè sono all' interno di complesse reti di significato. Quando io metto in atto un comportamento disfunzionale, ad esempio non rispondere al telefono ad una persona cara dopo che mi ha chiamato 10 volte anche se vedo la chiamata, non è che c'è una causa effetto lineare, ma c'è una rete di cause che va a collegare tutti gli aspetti consci, inconsci, affettivi, cognitivi e di comportamento. Tutti questi elementi sono all'interno di un continuo processo che viene chiamato dei meaning making, cioè di costruzione di senso che è quello che la nostra mente all' interno di questo modello è impegnata a fare secondo dopo secondo. Arrivano tutte queste informazioni che s’inseriscono all’ interno di costruzione arcaiche moderne, emozioni e noi continuiamo a costruire un senso a queste informazioni e quando, ad esempio, vogliamo risolvere il comportamento manifesto fobico, dobbiamo andare a vedere la rete di costruzione di significato, dipanare questa matassa per ricostruire le relazioni che hanno portato a questo comportamento.

Nella terapia dinamica è fondamentale la relazione terapeutica già dalla prima psicanalisi transfert e controtranfert, idea di una proiezione sull'altro dei contenuti, c'è un grande dibattito se effettivamente questo sia universale delle relazioni o se sia specifico della relazione terapeutica.

Abbiamo un'idea che la psicoterapia sia basata sull'espressione (terapia espressiva) nei termini in cui si basa sulla costruzione dello spazio di possibilità attraverso cui il paziente può esprimere se stesso nella maniera più autentica, a 360 gradi, esplorando anche le fantasie più perverse, recondite, inconsce condividendo qualsiasi pensiero, anche il più superficiale o il più profondo o il sogno. La forma della psicoanalisi è costruire uno spazio di autenticità.

Attraverso questo processo avvengono delle cose belle.

L’obiettivo non è la remissione sintomatologica, non è destrutturare il sintomo. Non ha lo scopo di rimuovere la sintomatologia ansiosa nel giro di tre settimane per reintegrare il comportamento sociale sul luogo di lavoro. L'idea è che quando si fa il resto del lavoro, cioè il processo di costruzione efficace di una relazione, di uno spazio di autenticità, la remissione sintomatologica è un effetto presente, ma collaterale, rispetto agli scopi. È questo il grande problema degli studi sull'efficacia della terapia dinamica, perché se con un'altra terapia lo scopo è abbattere il sintomo ansioso, misuro prima e misuro dopo, in base a quanto l'ho abbattuto posso dire quanto la terapia è stata efficace. Se lo scopo della terapia dinamica è quello detto sopra, misurare l'abbattimento del sintomo ansioso diventa il misurare un effetto di secondo ordine, che magari succede spontaneamente qualche mese dopo la terapia, perché ho messo in atto processi che portano a prendere coscienza e costruire nuovo senso. E quando vediamo la dominanza della CBT nel campo degli studi dell’efficacia, ci dobbiamo ricordare questa cosa, se nella CBT è presente un parallelismo chiaro tra il modello teorico e l’effetto della terapia, in quella dinamica no, perché lo scopo è quello di costruire questo spazio e la remissione sintomatologica è un effetto collaterale. Nella terapia dinamica c'è l'idea che il sintomo non sia il diavolo da abbattere, da sopprimere con una pillola, ma che sia una modalità adattiva, che ad un certo punto dello sviluppo della persona era la migliore strategia possibile e quella più intelligente che dava le migliori chance di sopravvivenza e di benessere e che per questo è stata presa non in quanto errore ma per far fronte ad una situazione ambientale sfavorevole.

Il sintomo deve essere riportato all'interno del contesto più ampio della personalità dell’oggi, del qui e ora, e potrebbe anche essere che si trasformi in una risorsa o in un comportamento analogo, ma con delle sfumature adattive. Siamo quindi di fronte ad un’ulteriore difficoltà rispetto alla misurazione dell'efficacia in termini di rimozione del sintomo. Se essere estremamente ansiosa mi porta ad essere molto attiva posso imparare a usare questa energia in modo adattivo riducendo aspetti disadattivi che portano disagio.

L’obiettivo è incrementare risorse, relazioni con l'altro più appaganti, più coinvolgenti ecc. e fare un uso delle risorse e delle relazioni in maniera più matura, più gratificante ed evoluta e avere una visione più realistica (il concetto di esame di realtà, per esempio non sono onnipotente, non sono nemmeno una nullità, sono chi sono, tollerando limiti e la sofferenza attraverso determinati range, non sentendomi distrutto ma trovando il modo di reagire).

Intervento: “C'è una fetta di critiche che dice che la psicologia in una società malata, porta la persona ad essere adattata ad una società malata e non a una cura, ma di riportare l'adattamento a una società che ha problematiche moto più ampie.

È una critica molto suggestiva. Se la società è malata, cioè enfatizza e promuove comportamenti disfunzionali per il benessere psicologico, ad esempio i social network portano ad un narcisismo dilagante promuovendo soltanto superficialità dell’apparire e non una profondità dell'essere.

Il ruolo del terapeuta in questo caso dovrebbe essere quello di favorire l’adattamento a questa società disadattata o dovrebbe essere quello di favorire la persona in una dimensione di benessere in contrasto con la società?

Io penso che sia una domanda che va oltre la nostra capacità di rispondere. Però è importante ricordare che come psicoterapeuti e clinici non abbiamo la chiamata di cambiare la società e non abbiamo la responsabilità di farlo, questa è una responsabilità a carico di tutta la cittadinanza.

Starei attento a non caricare la psicoterapia di un’onnipotenza, cioè come dire la psicoterapia non solo è in grado di giudicare se la società è sana o patologica, ma in grado di plasmare una persona affinché vada a sua volta in una direzione di cambiamento della società. Mi sembra un po' forte come assunzione di potere.

Intervento: “L’obiettivo in realtà è quello di lasciar esprimere liberamente il paziente e stare al paziente andare incontro alla società se lo vorrà. La psicoterapia è una base per potersi esprimere.

Un ottimo punto su cui sono d'accordo. C'è un po' l’idea di una psicoterapia che, facendo un processo sulla costruzione di senso nel bene o nel male, è un senso che può andare verso o contro uno status quo, per esempio se io considero come patologico l’utilizzo dei social network, posso lavorare sulla costruzione di un senso del paziente autonomo.

Intervento: “Non dovrebbe uscire niente contro i social network in terapia”.

Potrebbe non uscire ma potrebbe anche, parliamo di diade e di relazione quindi è difficile pensare ad un’idea di neutralità.

Un altra cosa importante è che ricordiamoci che non esiste una sanità non culturale non sociale e cioè quando parliamo di essere normali o sani stiamo parlando di concetti che sono culturalmente e socialmente relativi. Essere sano in una tribù africana è totalmente diverso da essere sano a Padova. L’idea stessa di adattamento e di terapia sono cose che possono sussistere all'interno di società radicalmente diverse. Essere una persona sana in grado di fare un uso delle proprie relazione nell’ ‘800 è un essere umano che se vediamo oggi potrebbe essere uno che ha bisogno di un sacco di trattamento, come se uno di noi finisse nell’ ‘800, saremmo dei pazzi schizofrenici o dei geni, sicuramente dei disadattati, quindi trovo problematico dire che facciamo un intervento che prevede un adattamento contro la società diversa da quella attuale. È chiaro che viviamo in tempi in cui la società pone delle sfide notevoli e forse le ha sempre poste, il dato di fatto è che le sfide di stare felici in questa società sono gravose e il lavoro del terapeuta dovrà tenerne conto però vedo difficile porsi come giudici.

Intervento: “Se noi potessimo tornare indietro potremmo dire saremmo dei pazzi da legare e cosa ci dice che i pazzi da legare oggi non saranno sani in futuro?”

Ma infatti l’idea non è quella di stare bene in un futuro o in un passato, ma è stare bene oggi. Se ho angoscia, l’obiettivo dell’intervento terapeutico è quello di capire le ragioni della mia angoscia, e di sviluppare delle risorse che mi permettono di costruire una vita migliore in questa società. Se scopro che la mia è un’intolleranza totale verso questa società lo scopo della terapia potrebbe essere quello di scoprire che mi voglio trasferire in Giappone. Ci sono infiniti pazienti e questa società: bisogna costruire un incontro.

Intervento: “Stavo pensando ad uno dei primi punti della psicoterapia dinamica, sulla prospettiva evolutiva. L’idea che ci sia un processo normale o non normale ovviamente va adattato a quello che stiamo dicendo adesso, ovvero tutto è contestualizzato o culturalmente radicato, quindi ciò su cui si interviene dovrebbe essere l’adattamento che produce sofferenza più che sull’adattamento disfunzionale in quanto tale perché ritenuto disfunzionale.

Questo è forse uno dei punti di criticità più interessante rispetto all'approccio dinamico più tradizionale e la visione psicoanalitica, nel momento in cui abbiamo un modello forte dello sviluppo, abbiamo anche un modello che sicuramente è culturalmente determinato e che prevede una serie di generalizzazioni e astrazioni sull’individuo che abbiamo di fronte, nel senso che se io dico che il tuo sviluppo è fermo ad una fase anale sicuramente sto prendendo un modello molto specifico e lo sto applicando in maniera brutale. Nella realtà della clinica questo processo è molto più delicato, nel senso che di nuovo siamo in una situazione in cui questi modelli di sviluppo sono utilizzati come le cartina geografica attraverso cui il clinico ha empowerizzato le reti e il collegamento perché se il clinico non avesse nessuna idea di come destrutturare il conflitto o l’inconscio non avrebbe strumenti. Poi che questo modello sia veritiero non ci crede nessun psicanalista, diciamo che come modello mantiene la forza di creare connessioni complesse ed esplorarle. Molti di questi modelli dello sviluppo della psicologia dinamica stanno venendo ricostruiti dal basso, sulla base degli studi empirici, sulla base dell’ infant research, che sono studi che a differenza della teoria dinamica classica non sono tanto teorici, ma sono più degli studi etologici relazionali, che si concentrano sulla relazione madre e bimbo che sono applicati in diverse parti del mondo e ci descrivono non tanto il contenuto, non tanto una forma dello sviluppo in senso di modello di struttura psicologica, ma di processi che sono proprio legati all'essere umano, quindi universali (la modalità di rispecchiare lo sguardo tra la madre e il suo bambino è la stessa ovunque). Il significato che le si attribuisce è probabilmente diverso, quale sia la figura di riferimento, se la madre o tutte le donne della tribù è un’altra differenza radicale, ma il meccanismo con cui si crea il legame di sicurezza nel rispecchiamento nell’altro è probabilmente universale e si sta cercando di ricostruire la teoria dello sviluppo partendo dai dati più “empirici”.

Psicoanalisi e psicoterapia psicanalitica, psicoterapia psicodinamica… sono tanti termini che sono stati usati nei contesti come sinonimi e di fatto sono anche degli insiemi estremamente sovrapposti perché quello che differenzia una psicoanalisi in termini più formali è la centralità dell’analisi del transfert, mentre nella psicoterapia psicodinamica breve può essere basata sul tipo di relazione più spontanea, meno focalizzata sul vissuto del transfert. Prevede la cosiddetta neutralità dell’analista, che non è l’idea dell’analista “vetro”, figura marmorea che non interagisce, come poteva essere nel 1800. Lo psicanalista oggi, nella psicoanalisi moderna, è una figura empatica, accogliente, che parla con il suo paziente, si pone in una posizione non giudicante, di ascolto. C'è un uso dominante dell’interpretazione come tecnica di intervento.

Ha un suo setting particolare, quindi una frequenza delle sedute più elevata.

Si utilizza il lettino e delle regole che sono più stringenti rispetto ad altre forme di terapia dinamica.

Si fa selezione dei pazienti: essendo un orientamento espressivo, deve creare uno spazio di esplorazione viscerale, con l’interpretazione, mettendo in discussione, creando collegamenti fra le diverse aree del paziente. Ci possono essere processi che generano ansia e preoccupazione, è un tipo di intervento per pazienti che hanno determinati livelli di funzionamento. Per esempio se abbiamo un paziente borderline, molto degradato, con un grande livello di sofferenza, magari non andiamo a fargli una psicanalisi.