Sbobina 20/11/2017 Benelli pt.2

Legenda

B\*: Benelli

K\*: Kleinbub

C\*: Classe (domande e interventi degli studenti)

Pz\*: Paziente

B.: Incominciamo con le nostre riflessioni, ci siamo detti ieri che il clinico incontra un fenomeno che è tendenzialmente infinito, questo fenomeno in quanto infinito è difficile da osservare ed al clinico è richiesto di avere una mente doppia. Da un lato una mente nomotetica, dall’altro idiografica, dall’altro una focalizzazione sull’unicità di quel paziente perché davvero ogni paziente è unico, dall’altro, soprattutto nei primi anni della formazione, una visione nomotetica della mappa della sofferenza umana. Una delle cose più deprecabili secondo me, che accade fortunatamente in pochissime università ma ahimè accade, è quella di non iniziare la formazione con una mappa estesa della sofferenza umana. Perché sapere quanti tipi di sofferenza l’essere umano ha esplorato nel corso degli ultimi secoli, dalle prime pubblicazioni, dai primi psichiatri, da un secolo e mezzo fa ai sistemi nosografici che abbiamo oggi a disposizione, cioè sapere com’è fatta la terra della sofferenza, soprattutto agli inizi della professione, permette di orientarsi per capire se siamo in Islanda o in Irlanda e credetemi che fa la differenza quando dovete pianificare un viaggio. Se sei convinto di andare in Irlanda e stai andando in Groenlandia non ci arrivi. Se sei convinto di essere in Islanda e vuoi andare in Groenlandia non ci arrivi se invece sei in Irlanda come punto di partenza, okay? Quindi, una mappa della sofferenza significa, dal mio punto di vista, conoscere abbastanza a memoria, (significa farseli regalare a natale invece dell’I-Phone), ahimè è così, ma conoscere abbastanza a memoria i principali sistemi diagnostici oggi esistenti: i primi 2 obbligatori (PDM-2 e DSM-5), l’OPD-2 e la SWAP e se volete la McWilliams, che è molto psicanalitica, questi qua solo se volete diventare psicodinamici-psicoanalitici.

C.: E l’ICD?

B.: Ah sì, certo! No, assolutamente, ICD e DSM sono perfettamente compatibili ormai, per cui, siccome hanno entrambi le tabelle di conversione da un sistema all’altro, quando dici ICD dici DSM e quando dici DSM dici ICD, sono leggermente diversi, però di ICD è utilizzato l’8, c’è il 9 e il 10, quindi se potete l’ICD-10, se andate nei servizi pubblici italiani la diagnosi è fatta con l’ICD-8. Quindi in Italia il sistema sanitario nazionale usa l’ICD-8, i ricercatori usano il DSM, non so perché ma in Italia è andata così, non c’è motivo. Comunque, nessuna difficoltà, sono perfettamente compatibili, ogni diagnosi che fate da una parte ha anche il codice dell’altro manuale, per cui la conversione è praticamente immediata. Per alcune diagnosi è preferibile l’ICD ma non entro in questo grado di dettaglio perché non ne abbiamo il tempo. Quindi DSM-5 di più facile lettura, ha tutta una serie di strumenti dal DSM-5 che vi aiutano a fare diagnosi che, ripeto, non è mettere un etichetta al paziente e basta ma è comprendere come funziona. D di diagnosi. Poi, alcuni di questi sistemi diagnostici, in particolare il PDM in modo eccezionale, l’OPD-2 e la McWilliams, non sono solo sistemi diagnostici, sono anche strumenti per la pianificazione del trattamento. L’OPD-2, che è il più sofisticato strumento per la diagnosi e la pianificazione del trattamento ad oggi esistente.Vi permette di avere una visione completa, del sistema relazionale della persona, dei conflitti intrapsichici, della struttura intrapsichica, il che vi permette di fare la più sofisticata diagnosi ad oggi disponibile di un clinico-psicoterapeuta. McWilliams, con il suo sistema bi-assiale a cui abbiamo accennato ieri è altrettanto valido per il trattamento, è quella che definisce le descrizioni più accurate dei pattern transferali e contro-transferali che si instaurano durante il trattamento per cui, per un clinico esperto in transfert e controtransfert, trova tutte le indicazioni per impostare, sin dalla prima seduta, un clima di accoglienza adatto a quel paziente.

Cosa intendo dire?

Uno degli errori più gravi che si fanno all’inizio della professione è credere che l’amore curi tutti. E’ vero che l’amore cura tutti ma non è l’amore che conosci tu. E’ l’amore che conosce il paziente e quindi devi avere una mappa chiarissima dentro di te dell’amore di cui ha bisogno il paziente. Il paziente schizoide, che a causa del suo sviluppo, è stato ustionato da relazioni intrusive… cos’è una relazione intrusiva? Posso usare il professor Kleinbub come cavia?

Io sono la mamma è il prof. Kleinbub è un bebè:

Mamma: Mangia!!! Sta fermo con le mani!!! Mangia!!!

(mai visto una mamma imboccare così? –in modo brusco- io sì, figlio schizoide, garantito) Perché? Perché l’impatto con l’alimentazione è l’impatto col mondo. Una mamma che invece si ferma e aspetta in ritmi del bambino, fa fare al bambino un esperienza radicalmente diversa. Fatelo (imboccare in modo brusco) 6 volte al giorno per 3 anni, e avrete una struttura di lettura del mondo del bambino che si è formata in quei 3 anni che, chiaramente suona: il mondo è un posto ostile, dove tutti cercano di cacciarci dentro qualcosa. Quando questo paziente arriva in terapia da te, te cosa fai?

BUONGIORNO!!! (Con un super-sorriso)

-La classe si ritrae-

B.: Visto? (rivolgendosi alla classe) Quindi il tuo sorriso tienitelo per te. Sorridi dentro al tuo paziente, amalo teneramente ma chiediti: cosa devo mostrare a te? Cosa serve a te per stare meglio? Con un paziente schizoide non gli dai neanche la mano, è troppo… Ma come fai a capire se un paziente è schizoide? Tu lo sapresti riconoscere? Difficilissimo all’inizio ma lo puoi intuire, almeno a livello cognitivo cos’è un pz schizoide, leggendoti la personalità schizoide sul PDM (asse P), la personalità Schizoide descritta dalla McWilliams nel manuale, i pattern conflittuali di attaccamento e di autonomia descritti dall’OPD, che non parla di personalità ma parla di conflitti intrapsichici profondi che determinano la struttura di personalità, un approccio un po’ diverso dagli altri ma migliore dal mio punto di vista. Quindi, con questi sistemi hai una descrizione della personalità indicati dalla freccia e un piano di trattamento sin dalla prima seduta. Perché è utile fare subito diagnosi al pz? Una diagnosi che rimane sempre aperta, sempre passibile di cambiamento, che non è mai un’etichetta tua e basta del pz e tutte le robe che ci vanno dietro ma ve le devono dire dopo che avete fatto la diagnosi perché questi sistemi diagnostici ti permettono di avere almeno una comprensione cognitiva di cosa è “ustionante” per il pz ed evitare di esternarlo. Io non dovrei dire queste cose perché va contro i miei interessi, perché: più terapeuti ustionano i loro pz più io e i miei allievi abbiamo pz. Quindi, dal punto di vista economico, non è buono quello che vi sto dicendo ma se non hai questa sensibilità maturata da 2 secoli di clinici che lavorano sul campo e distillata in questi sistemi diagnostici segnati dalla freccia, se tu non hai questa sensibilità, questa capacità di trattenere le tue emozioni mostrando solo quelle utili al pz, i tuoi impulsi, i tuoi comportamenti… (provate a prendere al volo un moscerino che ti sta volando attorno davanti ad un paziente paranoico e vedi che effetto che ha sul pz paranoico quest’atto di violenza. Non lo legge come: “hai ucciso un moscerino” lo legge come: ”tu sei uno sterminatore” ). Quindi, ogni gesto, ogni pensiero che fai deve essere sottoposto ad una disciplina, non è l’entusiasmo la spontaneità come, ahimè, alcune persone cercano di descrivere, anche in ambito psicanalitico leggo delle cose terribili, sul fatto che bisogni seguire i propri impulsi in terapia etc… No! ci vuole una disciplina rigorosissima. Come il chirurgo si lava le mani, prima di mettere le mani dentro al tuo corpo, così noi ci laviamo le mani prima di dire ogni parola, ci puliamo la bocca con una disciplina rigorosissima, che passa anche attraverso il vostro regalo di natale (Manuali Diagnostici), buona lettura! Abbiamo aggiunto ieri che per orientarci in questo infinito che è l’esperienza del nostro paziente guardiamo almeno: i sintomi, le relazioni interpersonali, le emozioni, l’autostima e l’ultimo ma non meno importante le difficolta specifiche cioè difficoltà oggettive (non riesco a laurearmi, non riesco più a passare gli esami, c’ho gli attacchi di panico <- che è sia sintomo che prestazione specifica). Come vedete abbiamo: comportamento, emozione, senso del sé, relazioni sociali e disagio. Sono un poi le categorie principali se considerate che la personalità è definita ormai da tutti un pattern di: pensieri, emozioni, e comportamenti dei sistemi motivazionali legati al sé e che tutti ormai accettano questa definizione, capite bene come da questa griglia di lettura si arriva alle personalità descritte da questi sistemi diagnostici. Ora, eravamo arrivati ieri a presentare tra i sistemi diagnostici il PDM che per la diagnosi in età adulta propone prima la valutazione della personalità poi la valutazione del funzionamento mentale e poi la valutazione del quadro sintomatologico. Abbiamo detto che i sintomi vengono raccolti dalla prospettiva soggettiva del pz attraverso l’asse S, che la personalità è data praticamente dall’insieme di tutte queste valutazioni e che il funzionamento mentale costituisce i mattoni base dello psichismo umano quindi, prima valutazione dell’adulto: cos’hai fatto con i tuoi mattoni. Seconda valutazione dell’adulto: quali mattoni sono rotti. Le funzioni mentali sono i mattoni, la personalità è la costruzione che c’hai fatto. Con lo stesso numero di mattoni ci puoi costruire castelli o stalle, abbiamo detto ieri… giusto? Siccome l’adulto è abbastanza strutturato, cioè i pattern di pensieri-emozioni-comportamenti si sono saldamente stabiliti la prima cosa che guardi è: cosa ha fatto con i suoi mattoni? Stalla o castello? Nell’adolescente e nel bambino la prima cosa che guardi è: c’hai i mattoni? Non come c’hai giocato, perché sei in un’età così plastica che trasformare una stalla in un castello è una cosa abbastanza rapida per un ragazzo, lo sta costruendo il suo edificio. Mentre nell’adulto 18-60, ma a volte anche 35-60, dipende un po’ dall’adulto che avete di fronte, la prima cosa da fare è la valutazione della personalità. Allora, vediamo rapidamente un esempio di come il PDM ci aiuta a trattare un caso: prendiamo una personalità depressiva, le persone depressive hanno sostanzialmente delle autocritiche estremamente elevate che gli portano ad avere una percezione depressa del mondo priva di piacere. Sono indicazioni minimali che però ti permettono di focalizzarti sul piano del trattamento: se io ho un paziente depresso dovrò contrastare tutte le self criticals. Ogni volta che il pz ha un dialogo interno di autosvalutazione e di autocritica io devo metterlo di fronte a questo suo meccanismo di difesa che si chiama: rivolgimento contro il sé. È un meccanismo introiettivo in cui la colpa, al posto di essere data metà a me e metà a te, è data a me. Il piano di trattamento più efficace con un pz depresso è quello in cui, nel corso di alcuni anni, si riesce a scardinare questa convinzione maturata nei primi anni. Guardate che la lotta è impari, questo ha vissuto 6 anni con una famiglia in cui di solito si rinforza il meccanismo di rivolgimento contro il sé e di colpevolizzazione di sé che ha respirato 6x365 e si è impressa nel suo cervello con quel conseguente modo di funzionare e tu lavori 3-4-5 ore alla settimana con lui. 365x10 anni son 3650 giorni e tu lavori 1 ora al giorno, 50 minuti, a volte 45: avere l’idea, ti spiego come funziona e ti passa significa negare che una persona ha affetti, memorie procedurali, percezioni di sé. Ti spiego come funziona una roba e la sai fare è una roba solo cognitiva… Quanto tessuto neurale coinvolge un pensiero solo cognitivo: cortecce dorsolaterali, le funzioni cognitive superiori. E le emozioni? E le memorie auto-bibliografiche? Sono coinvolte? No! E’ cambiato lo schema? No! Sa una cosa… anche il tossicodipendente sa che la droga fa male, è sufficiente a cambiare? Ci sono i libri di auto-mutuo-aiuto se era sufficiente a cambiare… Come curarsi dalla depressione in 10 capitoli, non bastava se era solo una questione di capire? No, non basta…

Ogni manuale presenta una serie di sottotipi per il disturbo depressivo perché c’è: depressivo-masochista, depressivo-evitante, depressivo-ossessivo, depressivo-narcisista, sono tutte sfumature diverse che richiedono un aggiustamento del piano del trattamento.

 Disturbo di depressione di personalità non ne trovi tutti uguali e ti richiede modi diversi di stare in interazione. Poi (Il Manuale) ti da delle informazioni sul controtransfert in cui ti dice: con questi pazienti hai un controtransfert estremamente positivo. Un paziente che si assume tutte le colpe, tu gli annulli un appuntamento e lui si assume tutte le colpe e lui ti dice “sì scusi ha ragione, è colpa mia che sono troppo richiedente” sennò non è un depresso: ha un meccanismo introiettivo di assunzione della colpa, gli succede qualcosa per cui deve chiederti lui di spostare l’appuntamento e sta 2 settimane con il mal di pancia perché si sente che ti sta tradendo se no non è un depresso, sennò hai sbagliato diagnosi… In più cerca di renderti la vita più facile possibile perché sente che è colpa sua ed è lui che è un peso per cui è: compiacente, piacevole, non ti appesantisce con le sue sofferenze perché “poverino, è il mio terapeuta, mi dispiace farlo soffrire”, si assume la responsabilità di tutto, quale sarà, oltre all’affrontare l’auto-criticità l’atteggiamento terapeutico essenziale con una persona depressa? Creare una relazione in cui lui può sfogare in aggressività con te. Il problema del depresso è che l’aggressività non è utilizzata per distribuire la colpa in parti uguali quando c’è, appunto in parti uguali, l’aggressività è rivolta contro di se, reduce di quell’esperienza infantile in cui i genitori tendono ad essere inadeguati e dire a 3 anni “oh dio mio questo papà e questa mamma non ce la fanno, sono abusanti, non se ne rendono conto” è molto difficile, direi che è spaventoso, rimanda ad una sofferenza di tipo psicotico “se non mi proteggono loro chi mi proteggerà nel mondo?”. Quindi, il meccanismo depressivo mi permette di dire “loro vanno bene, io sono sbagliato”: ecco il meccanismo introiettivo. Il meccanismo introiettivo ti da un senso di controllo sul mondo perché finchè sei convinto che la colpa è tua (in una relazione che non funziona) puoi sempre dirti che migliorando sarai amato. Accettare la realtà, a volte drammatica, che i genitori non ce la fanno ad amare è infinitamente più doloroso per un bambino e non per cattivi esempi ragazzi. Ricordatevi che un terapeuta per prima cosa salva i genitori del paziente perché se fai sentire attaccati i genitori dal pz la terapia finisce. Per prima cosa tu devi valorizzare questi genitori, essere recettivo, i genitori non hanno colpe etc… certo! Tuttavia il sé del pz ha bisogno di riconoscere che qualcosa di quella esperienza con i genitori è stato abusante e lesivo della sua dignità umana. Prego…

C.: Lei fa riferimento ai genitori, è un caso specifico, un esempio o in effetti c’è sempre un rimando alle figure genitoriali, cioè, non può nascere una forma di depressione in seguito a una relazione personale sbagliata, nel senso… Un fidanzato piuttosto che un genitore e quindi non tornare alla colpa che un qualcosa di sbagliato lo abbiano fatto per forza i genitori?

B.: Mi piacerebbe dirti che non è così, ed abbiamo la resilienza che ci dice che non è sempre così quindi, non è automatico che un genitore abusante crei un figlio depresso… Diciamo che è un fattore che facilità lo sviluppo di una depressione in età adulta, non è l’unica causa, c’è ne sono una trentina di cause che interagiscono tra di loro. Da un punto di vista della personalità dei disturbi depressivi di solito hanno genitori piuttosto abusanti ma di abusi non pensate all’abuso sessuale o alle cinghiate, che lì di solito si va su disturbi borderline di personalità o disturbi paranoidi di personalità dove tu vivi in un senso di minaccia costante perché una cinghiata non è il leggero abuso di una mamma che per tutta la vita quando dici “ oggi ho fatto questa cosa bella! Wow!” ti dice “ah, beato te che puoi uscire” (con voce molto rassegnata) tutti i giorni per 3 volte al giorno per 10 anni. Quando te hai un qualcosa di molto piacevole che ti accade nella vita come reagisci? Depressione. Tu mi stai chiedendo, ma non ci sono cause genetiche? Sì ma allora non è un disturbo di personalità depressivo ma una depressione dovuta a condizioni mediche.

C.: Immagino ad esempio una situazione di due fratelli, in cui uno sviluppa una forma depressiva e l’altro invece no.

B.: E perché? Perché 2 fratelli non sono mai geneticamente uguali. I disturbi di personalità, la sofferenza psichica in generale, nascono dal fatto che una coppia genitoriale non è attrezzata a ricevere una vita. Le persone evolute che ricevono una vita e trattano la vita da “Principe e Principessa sulla terra” sono poche. Usciamo da una cultura in cui fino al secolo scorso: “te sei mio figlio, io t’ho fatto io ti distruggo, lavora nella terra, sta zitto, non parlare a tavola”. Fine della relazione parentale ragazzi, ti senti figlio ed erede al trono in questo modo? Figlio del Re ed erede al trono. Questa è la potenzialità dell’essere umano. Quante coppie genitoriali ci sono che riescono a riorganizzare la propria vita in funzione del figlio che nasce e farlo sentire erede al trono? Allora tu cresci principe, ma Principe. Non il principe narcisista di oggi che crede che sia tutto in suo potere, Principe, che si inchina di fronte ad ogni persona che non ce la fa, tende la mano e l’aiuta, come il principe del Machiavelli e non solo, ci sono descrizioni di principi illuminati, dovete guardare a quello quando pensate all’erede al trono. Un bambino nasce con un temperamento, due fratelli hanno sicuramente un temperamento diverso, cosa fai? Applichi la stessa educazione? Non puoi. Se uno nasce con un elevata noveltyseeking per cui è curioso e l’altro con una bassa noveltyseeking, a causa dei fenomeni di cross-over tra spermatozoo e ovocita che cosa succede? Che rischi, se siete tutti e 2 dei genitori eccitati dalla vita (diamoci arie, cambiamo sempre il posto delle vacanze) che quello che nasce poco eccitato dalla vita magari più introflessivo, più meditativo, si sente dire “Oh madonna ma che noia che sei!” viceversa se nasci in una famiglia di 2 genitori che hanno sempre fatto le vacanze nello stesso posto negli ultimi 35 anni, abitudinari, poco eccitabili dalle novità, con un figlio poco eccitato dalle novità dicono “Aaah, nostro figlio ☺”, col figlio eccitato dalle novità? “Ma possibile che non stai mai fermo un attimo, mettiti lì e gioca con i tuo giocattoli!!!” 3 volte al giorno, tutti i giorni, per 10 anni. E la tua genetica così che fine fa? Il tuo temperamento alla nascita che fine fa? Quindi se accettiamo la componente psicologica (che non è l’unico fattore, ci sono componenti biochimiche e sociali) non è che le stiamo dimenticando, ma io qui la componente biochimica non la tratto e quella sociale neppure. Io qua ti parlo di come l’educazione nei primi 10 anni di vita modifica le potenzialità di un bambino… Ma siamo in tanti qui c’è anche la Ducangeli, qua a DPSS mi pare, che va in giro nel mondo a dire questa cosa spiegando tutte le aree di prossimità neurale in cui la massa neurale può cambiare in funzione di stimoli differenti, siamo al top in questa università. Colpa dei genitori? No, colpa di un sistema culturale che si tramanda di generazione in generazione, una catena che si passa di padre in figlio: hai preso cinghiate da bambino? Cosa farai? Più o meno darai cinghiate, se già riesci a capire che non è bene dare cinghiate perché hanno fatto male a te hai fatto un passo da gigante. Ti ho risposto?

C.: sì!

K.: aggiungerei anche che abbiamo visto alcune delle modalità con cui, attraverso l’esperienza, in tutte le sue forme forgia la modalità di costruirsi, di vivere, di stare nel mondo, possiamo anche pensare che, oltre alle cose giustissime, anche le differenze magari minime o anche ripetitive che ci possono essere tra la vita di diversi fratelli cioè la stessa situazione, lo stesso contesto, gli stessi geni, non danno mai adito alla stessa esperienza. E quindi anche questo è un elemento che determina la costruzione di schemi e pattern che portano a questa differenza.

B.: è esattamente così. Recentemente è uscito un capitolo nostro sui temperamenti alla nascita dei bambini, ci sono 16 possibili temperamenti comportamentali secondo Kronenberg al momento della nascita. C’è un investimento in cui i genitori nei primi 3 anni del bambino possono stare a casa e prendersi cura del bambino? No, se resti incinta perdi il posto di lavoro. Quindi non è un problema dei genitori, è un problema di una cultura che non investe a creare cittadini responsabili e felici. È di altissima portata, tuttavia quei pochi genitori che se lo possono permettere e sono stati incuriositi nella vita hanno a disposizione dei corsi pere imparare a riconoscere i segnali profondi del bambino, afferro che se cè sintonizzazione tra i segnali del bambino e la risposta del genitore persino i predittori di schizofrenia non esitano schizofrenia. Cioè un ambiente sufficientemente supportivo arriva a modificare la predisposizione genetica ad una malattia gravissima come la schizofrenia, figuratevi la depressione (che ha sempre anche una componente genetica ma l’epigenetica è più forte in questi casi). Okay, (Il PDM) da quindi una serie di indicazioni su come utilizzare il controtransfert e aiutare il pz a sviluppare l’aggressività, a dare la colpa agli altri, quando questo processo è concluso la persona entra in contatto con la propria aggressività vitale e riesce ad attaccare se stesso riesce a realizzare sé stesso nel mondo, cioè esce dal guscio della depressione. Solo per farvi capire come funziona un manuale come il PDM. Sempre nel PDM abbiamo detto che ci sono i mattoni del funzionamento mentale che sono 12 che vi cito brevissimamente: un paziente entra e io valuto (ho in mente queste 12 categorie) e faccio una valutazione da 1 a 5 su queste 12 categorie in modo molto intuitivo, lo faccio dopo che il paziente è uscito (agli inizi magari), finchè non diventa la mia seconda natura. Se ottengo un punteggio molto basso allora il paziente è psicotico, se ottengo un punteggio molto alto allora il paziente è sano.

**Capacità per regolazione-attenzione-apprendimento**: prima cosa che valuto è se è orientato nel tempo e nello spazio, se ti manca questa categoria di base, cioè se non sei capace di apprendere all’interno di una relazione perché c’è un gravissimo deficit la psicoterapia non può neanche iniziare a farla. Orientamento nel tempo e nello spazio sono le prime cose da valutare, capacità di regolazione degli impulsi (sei capace di stare seduto un’ora ad ascoltarmi? o entri nella stanza e inizi a muoverti nella stanza toccando tutte le cose?) Se siamo a questo livello di disregolazione non è la terapia la strada che si può seguire. Stessa cosa sull’apprendimento, osservi sin dalla prima seduta quando fai un intervento di prova che uso ne fa il pz: chiude e respinge qualunque informazione viene da te? La terapia è difficile, devi costruire un clima di estrema fiducia prima di riuscire a far passare qualche gocciolina che modifica il sistema di pensiero.

Seconda dimensione, **capacità di comprensione degli affetti-comunicazione degli affetti-gamma degli affetti**: cosa significa? Se io ti guardo so cogliere dal tuo volto l’emozione che stai provando ora, vedo i segnali sociali, emotivi degli altri, lì so utilizzare? Da 0 a 5. Quando decido di comunicare un’emozione so farti sentire la tristezza più profonda, l’eccitazione più profonda, la rabbia più profonda? Ho accesso all’amore e all’odio in pari misura? So comunicartele? E soprattutto ho a disposizione tutte le emozioni dello scibile umano? Per esempio l’odio è un’emozione che viene sistematicamente negletta. L’odio è da sempre stato categorizzato come un emozione negativa, non è vero! L’odio è ciò che permette al chirurgo di squartarti ed estrarre il tumore dal corpo, se non hai l’odio non lo fai!! L’odio ti permette di andare in situazioni drammatiche di vita e starci per portare fuori la persona dai suoi drammi, se non hai l’odio non riesci a farlo, non è con l’amore, l’ottimismo e il pensiero positivo che maneggi il fango della vita e ci estrai le perle. Avere accesso all’odio è una necessità dell’essere umano che viene confusa con il male, invece, l’odio per il male a volte è l’unico modo di far vivere il bene. Odio e amore non coincidono con bene e male e sono categorie filosofiche profondissime ed estremamente complesse, in cui non ci addentriamo naturalmente, ma tenete conto che ci sono 2000 anni di letteratura sopra queste 4 parole: Odio-amore-bene-male. Metteteci pure vita e morte e viene fuori una bella triade. Se il pz non ha competenze emotive è inutile che gli faccia un trattamento contro la depressione, se non ha mai esperito l’aggressività questo deve imparare a conoscere l’aggressività, l’odio, a esprimerlo nella relazione con me, a iniziare ad esprimerlo nella relazione con gli altri prima di potergli cambiare una personalità depressiva. Quindi ci stiamo dicendo: se c’è un deficit in asse M prima si curano i mattoni rotti, prima si costruisce il castello poi si cambia la personalità. La struttura psichica quando è gravemente deteriorata ha la precedenza sul trattamento della personalità. Altra capacità di base del pensiero umano è la capacità di mentalizzare ed avere una funzione riflessiva su se stessi, quella che si chiama autoconsapevolezza. Su un paziente a bassa autoconsapevolezza un trattamento psicodinamico non lo fai, fai un trattamento basato su comportamenti cognitivi e comportamentali. L’interpretazione psicanalitica classica è: “lei qui ora sta evitando di esprimere la sua aggressività come faceva lei allora con sua mamma e come fa con la sua fidanzata fuori da questo studio”. il che implica individuare un conflitto intrapsichico nel presente in terapia e nel presente fuori dalla terapia e nel passato implica un lavorio mentale che se non hai una capacità introspettiva non puoi fare. Terapia cognitivo comportamentale per forza.

**Capacità di differenziazione e integrazione**: quanto pesa dentro di te questa affermazione fatta da una persona importante della tua vita? penetra a fondo? Scarsa capacità di differenziazione e di integrazione. Sai replicare “mi puoi dire che in questa situazione ho fatto questa cosa di sbagliata e in quel caso te ne sono grato tuttavia a me in questo modo a me non ti puoi permettere di parlare” papà-professore-moroso-amico. Se c’è un sé deficitario e non c’è capacità di differenziazione ed integrazione te dici al paziente: “ha provato a dire a quella persona che lei non era contento? ha potuto dire a quella persona che lei non era contento di quella situazione?” E il paziente la volta dopo ti torna e ti dice “ah, io ho fatto come mi ha detto di fare sa?” Senza filtro, tu dici io ti ho dato fiducia e lui lo fa. Ma se lo fai fuori tu ha un certo effetto, se lo fa fuori lui ne ha un altro. Se una persona ha basso deficit di questo tipo con una terapia comportamentale lo rovini perché diventa come il terapeuta. Non accede a se stesso e a capire quando annulla la propria identità per assecondare l’altro.

**Capacità di intimità all’interno di relazioni, (soprattutto di lunga durata)**: il paziente che ti è venuto che ha la fidanzata da 10 anni, ci sta bene? O ogni 6 mesi cambia fidanzata? E’ capace di intimità? Che significa comunicare tutto quello che gli passa nella mente e nel cuore all’altro quando ne ha voglia? O è inibito nella comunicazione con l’altro e non riesce a dire quello che sente o pensa? Sono relazioni superficiali dove prevalgono i buongiorno/buonasera? Sono relazioni profonde nelle quali ci si guarda negli occhi e si dice “ma facciamo un bilancio degli ultimi nostri 10 anni? Cosa volevamo? Dove siamo arrivati? Ti va bene se andiamo avanti così per altri 10 anni? O stiamo trascurando qualcosa della nostra relazione?”

la sesta dimensione è la **Capacità di regolazione dell’autostima e della qualità dell’esperienza interna**, che, di nuovo, ha a che fare con il sé. Questa persona riesce ad affrontare un fallimento nella vita dicendo “vabbè, ho il piano B”, o è una persona che di fronte ad un fallimento precipita in una crisi depressiva? C’è allora una depressione da autostima e non da colpa che richiede un altro piano di trattamento.

**Capacità di controllo degli impulsi e della regolazione**: un pz quando mi deve dire che non sente dolore ha bisogno di dare un pugno sul muro e di dire “vede non sento niente?” Cioè passa dal pensiero all’azione senza regolazione degli impulsi o riesce a mentalizzare per trattenere i propri impulsi? Se deslatentizzi l’odio cosa succede? L’odio è necessario, ma prima è necessario contenerlo nello psichismo. Altrimenti va fuori col crick e mentre uno gli taglia la strada scende e gli spacca la testa.

**Capacità del sistema difensivo**: voi conoscete le difese psicodinamiche di McWilliams? Difese primarie/difese secondarie rimozione/scissione? Tutto l’impianto delle difese viene valutato durante il primo colloquio con il paziente per capire quali sono le difese prevalenti.

**Capacità di adattamento-resilienza e forza dell’io**: quanto questa persona riesce ad adattarsi alle nuove situazioni? Riesce ad adattarsi ad una situazioni in cui è seduto di fronte a te? O è già spaventato ed in crisi per questo cambiamento nella sua vita? questo ti serve per regolare l’intensità degli stimoli che gli dai. Se ha bisogno di tempi lunghi aspetti tempi lunghi prima di premere il pedale sull’acceleratore, se no il suo Io non regge la terapia e se ne va.

**Capacità di auto-osservazione** (che è diversa dall’autoconsapevolezza), implica, definisce specificatamente la capacità di utilizzare il lavoro terapeutico nella terapia, se è bassa, no terapie psicodinamiche. Predisposizione, mentalità psicologica, psychological mindedness, o self observing capacity (capacità di auto-osservazione e mentalità psicologica). Più è alta, più un trattamento analitico è indicato. Capacità di costruire standard interni e ideali, questo è il vecchio super-Io psicanalitico, cioè la persona è capace di darsi una norma? “Ho deciso di sposarmi e penso che il matrimonio sia fedeltà per tutta la vita, ah, ho trovato un’altra e ci sono andato a letto” ho dei valori che persistono nel tempo e guidano il mio comportamento? O cambiano in funzione degli stimoli ambientali che trovo? Questo ci da un’idea della forza del super-Io della persona. Il Disturbo ossessivo compulsivo è caratterizzato da un super-Io eccessivamente rigido per esempio, in quel caso lo dobbiamo ammorbidire. Disturbi del sé come i disturbi narcisistici sono spesso caratterizzati da un super-Io un po’ lasco, la persona non si sa dare norme, in quel caso lo devi rafforzare.

E per ultimo, la **Capacità di darsi uno scopo e un significato nella vita**: che ha a che fare con la complessità semantica del mondo, che riesci a comprendere attorno a te, significati e scopi nella tua esistenza, essere qui ad insegnare a voi per me ha un significato e uno scopo, trascende la mia vita, mi auguro che quel briciolo di informazione che riesco a darvi resti dentro di voi e vi aiuti a diventare terapeuti quando io non ci sarò più. Tra trent’anni voi sarete la classe dirigente, io no, vi saluto, se va bene sarò in pensione, sennò sarò a lavorare non so bene che lavoro ma sicuramente non come psicoterapeuta.

Ecco i 12 mattoni base dello psichismo umano. Brevissimamente descritti. Ci sono domande? Io non ho la pretesa che ve li ricordiate, mi basta che sappiate che esistono. L’OPD ne propone 24 di dimensioni, quindi ancora più sofisticato nel cogliere quali sono i mattoni base dello psichismo. Nel piano del trattamento ogni mattone rotto, non completamente sviluppato diventa oggetto di trattamento e ha la precedenza.

C.: c’è una sorta di punteggio per cui dentro tot siamo psicotici-borderline?

B.: c’è, la cosa difficile non è tanto fare la somma algebrica, la cosa difficile è capire se al mio funzionamento difensivo gli dai 3 o 2. Quello ti richiede allenamento, supervisione, studio, esperienza personale. Nulla ti spiega che cos’è il meccanismo introiettivo quanto la tua analista che dice: “oh, si è preso tutta la colpa.” mentre tu gli stai raccontando un episodio in cui ti sembrava naturale del mondo esserti preso tutta la colpa e la tua analista crea una realtà alternativa: “oh”. la seconda volta basta: “oh”. Ha una potenza sul tuo impianto cerebrale, quel “oh” detto con lo stesso tono, mentre racconti lo stesso episodio e nelle tue memorie, che ti permette di associarlo alla possibilità di vedere le cose da un altro punto di vista. Un pz depresso, mi racconta un giorno che aveva raccontato a sua mamma di un trionfo, questo aveva vinto qualcosa di estremamente significativo nella vita per lui… E sua madre: “eh, beato te che stai bene… io invece…” (con voce molto sommessa)Il paziente non era consapevole della rabbia che provava in quel momento perché ha fatto quello che ha fatto tutta la vita: “ma si mamma, scusami se sono felice, hai ragione, i problemi importanti sono i tuoi e devo aiutarti, non devo vivere la mia vita ed essere felice nella vita, devo occuparmi della tua sofferenza, come un marito, come un padre, non esigere che ci sia spazio anche per la tua gioia di genitore nei confronti di me come figlio.” Il mio intervento fu “oh, neanche questa volta ha potuto gioire con te”, con tutta la tenerezza che potevo per questa madre che ha passato una vita infelice e depressa, ma anche con tutta la necessità di tutelare questo figlio e pz dal sentirsi in dovere a rinunciare alla propria felicità se la donna amata era infelice. Immaginate alla morosa e ai suoi figli cosa succede? Se lo lasciamo fare così? Vivrà lontano da se stesso a servizio dalla sofferenza degli altri. 2 infelici al colpo.

C.: ma allora, secondo questo punto di vista, io ho questa mappa per capire il funzionamento mentale ma mi serve davvero avere un punteggio per ogni categoria o posso dire in questo caso il pz mostra un funzionamento che tende al depressivo?

B.: Beh, le prime volte come tutte le cose, come guidare la macchina col cambio stai attento a cambiare le marce e ti dici: “prima, seconda…”, dopo di che parli, guardi, ridi con quelli che sono in macchina cincioni col telefono e cambi la marcia senza pensarci più, magari non cincioni col telefono okey? Però agli inizi ti aiuta a soffermarti col pensiero, quando poi diventa un processo automatico lo fai mentre ascolti un paziente che ti fissa l’appuntamento, hai già la mappa, sbaglierai di 5 punti, “te sei tra 50 e 55” ti dici. Ma non è un te sei tra 50 e 55, diventa subito “quindi cosa devo dire con te al termine di questa telefonata?” Considerando che ho degli elementi che mi permettono di capire che tu sei terrorizzato a entrare in interazione con me, cosa devo dire in questa telefonata? Per agganciarti? Nel modo che serve a te? Farti sentire protetto nel modo che serve a te? Non è mai un te sei, è un: “cosa devo fare io? visto che te sei probabilmente così.”

K.: aggiungo, il valore numerico è importante se vogliamo fare una parte di ricerca se vogliamo fare una collezione personale dei nostri casi o se vogliamo fare un tipo di ragionamento per cui il numero può risultarci utile.

B.: assolutamente sì. Tenete presente che ad oggi se un pz miracolosamente guarisce e ci dice: “Grazie la mia vita è cambiata, ero infelice e ora sono felice” quel trattamento non viene riconosciuto dallo stato e dal SSN, ci deve essere un BDI che è passato da 19 a 15, basta, fine della storia. Neanche i miracoli possono bastare a chi vuole i numeri.

K.: nel bene e nel male…

B.: nel bene e nel male, perché poi c’è anche chi dice “Io faccio i miracoli”, “okay, fammi vedere i dati” e poi i dati non ci sono… Eynsenck… un benefico flagello.

C.: Questo tipo di dimostrazione, mettiamo caso che, usciti da qui, non facessimo riferimento a una scuola di orientamento psicodinamico ma un sistemico relazionale o un costruttivista, ci sono delle cose, in un certo senso, traducibili, come forma mentis?

B.: Sono abbastanza sicuro di sì.

K.: possiamo dire che piano piano anche un linguaggio dinamico si sta muovendo in una direzione di comunicabilità con il resto del mondo?

B.: se vuoi sì… forse è vero anche il contrario… ovvero che il resto del mondo ha bisogno di vocaboli tratti dal mondo psicanalitico. La quarta onda cognitivo-comportamentale parla di transfert e controtransfert, la schema-therapy, declamata in tutto il mondo per il trattamento del disturbo di personalità secondo l’impianto cbt, che parla degli stati dell’io-bambino/adulto/genitore, che è un modello psicodinamico analitico-transazionale degli anni ’60 senza citare minimamente chi ha fondato l’analisi transazionale, cioè… E’ in corso una vertenza internazionale sull’abuso dei diritti d’autore e cose del genere infatti, ma quelli sono i livelli politici-sociali. A livello clinico, per rispondere alla tua domanda, ragazzi, i vari clinici devono portare l’amore nella vita degli esseri umani, punto. Non c’è altro da fare. Trovami un sistemico che ha qualcosa da insegnare ad uno psicanalista. Non vi dimenticate che Boscolo e Cicchitti erano psicanalisti, (fondatori del metodo sistemico-relazionale), Fritz Perls (fondatore della Gestalt-Therapy) era psicanalista, Aron Beck (fondatore del cognitivismo) era psicanalista… Allora meglio se mi fondo la mia scuola dopo avere fatto psicanalisi perché allora ho capito il fenomeno e lo chiamo con altre parole, okay? Però sono il Leader indiscusso del movimento. Sto sbagliando?

K.: No, forse abbiamo una mezz’oretta di tempo…

B.: Okay, caso clinico! Va bene, scusate :^)… Caso clinico.

K.: Sono cose estremamente interessanti, con dinamiche storiche intrecciate, e anche molto sanguigne da chi c’è dentro come potete sentire dalla voce del professore. Adesso magari proviamo ad andare avanti e lunedì prossimo avremo anche il professor Baroffio che verrà qui e ci parlerà anche lui un po’ di più del discorso di integrazione e forse ci sarà qualche accenno a questi contesti storici, avremo modo di approfondirlo, qui oggi vorremo sfruttare la competenza clinica.

B.: perfetto, perché noi abbiamo un obiettivo oggi che è: raccontare un caso clinico, che è un fenomeno (lo faccio io), e voi, sulla base di queste categorie, quindi sul vostro PQ (che avete scaricato stamani su internet caricato dal professor Kleinbub) annotate i possibili sintomi per iniziare una valutazione diagnostica.

K.: Assolutamente x)

B.: Lui l’ha caricato, voi lo avete scaricato e portato qui in cartaceo, vero? :^) Perché siete reattivi e brillanti nella vita e tac, prendete subito gli stimoli e li presentate, giusto? :^) perfetto, allora: le categorie sono sintomi, relazioni, emozioni, autostima, prestazioni. Tu adesso devi fare un lavoro che è quello di: ricavare, lasciandoti suggestionare dalle 12 dimensioni dell’asse M di cui abbiamo parlato, le aree di interesse dalla descrizione di un caso clinico che ora ti farò.

Ti parlo di una donna, ti arriva una donna sposata, a livello comportamentale rigidissima, estremamente forbita nel parlare, capisci che ha una cultura non elevatissima dal linguaggio che usa, ma usa strutture linguistiche come se stesse scrivendo la lettera di un avvocato, ti scrive mettendo le lettere maiuscole “Lei”, “Buongiorno dottore ho avuto il suo numero da… quando La posso chiamare per non disturbare?” (“quando La posso chiamare” il “La” è scritto con la lettera maiuscola, “per non disturbare” ti da già l’idea, ti da già alcune informazioni, poi mi dici che informazioni ti da…). Ti arriva una donna molto bella, molto alta, magra, ma non troppo, sorridente, con un sorriso che è più un ghigno che un sorriso, parla velocissima, riesce a dire buongiorno quando entra e buonasera quando esce nel primo incontro… Nel senso che alle prime domande che tu fai, intanto non riesci a trovare uno spazio di un secondo e mezzo nel suo eloquio per dire qualcosa primo, secondo quando proprio devi dire qualcosa tipo “tra dieci minuti ci dobbiamo fermare”, “tra dieci minuti” è sovrapposto alla sua frase precedente e” ci dobbiamo fermare” è sovrapposto alla sua frase successiva. Racconta di una relazione molto faticosa, si sta occupando dei suoi genitori, non ha mai avuto rapporti sessuali ed è sposata da 10 anni. Ti chiede di aiutarla perché non dorme.

C.: quando dice di non aver avuto mai rapporti sessuali lo sta dicendo come sta dicendo tutto il resto? Nel senso che lo ammette come un’informazione in più?

B.: lo dice in 20 minuti, con frasi mezze dette, mezze non dette, è una sintesi che ti faccio io di 20 minuti di “che poi con mio marito… beh sì, lei sa…”. Lavora da 20 anni in una banca, genitori sono relativamente malati, acciacchi dell’età, più o meno seri ma acciacchi. Lei versa in casa lo stipendio per 2 anni dopo il matrimonio, la casa d’origine. Fine del primo incontro… Cosa fate?

C.: Non ho capito, lei lavora in banca da 20 anni, vuol dire che i primi 10 anni, che non era sposata, non aveva dato i soldi ai suoi genitori, e da quando si è sposata ha iniziato a darglieli.

B.: No no, li dava! Quindi, li dava e ha continuato a darli anche quando è diventata una cellula autonoma. Nella vita funziona che i genitori sono un po’ più grandi dei figli di solito, che hanno un potere economico patrimoniale decisamente più solido, aiutano i figli facendogli fare l’università (in un mondo ideale, non è andata così a tutti), gli danno una mano, quelli magari un po’ più benestanti gli regalano la casa durante gli anni dell’università, poi gli pagano la scuola di specializzazione e sono nutriti e pieni d’orgoglio per quello che sono riusciti a fare per il proprio figlio amato. Questo in una condizione ideale con 2 genitori che riescono a portare a casa uno stipendio decoroso entrambi magari avendo ereditato anche loro a loro volta una casa dai nonni e come dire, con un patrimonio che nel tempo viene conservato che permette nel tempo la realizzazione di sogni che, se devi lavorare nei cessi tutti i giorni per pulirli, non puoi ottenere. Qua invece cosa state osservando? Non una figlia che riceve ma una figlia che da, da la sua energia vitale, perché ha: 2 genitori che la vogliono sempre a casa ad accudirli e da la sua energia economica perché i suoi genitori non trovano strano ricevere soldi dal suo stipendio perché anche se lei è sposata e vive in un’altra casa. Usare il PQ significa cercare di ricavare, da questa descrizione che vi ho fatto, che è una prima presentazione, gli elementi essenziali della sofferenza di questa creatura, secondo voi. Tenete presente che secondo lei il problema è: Non dormo. Sottotitolo: “non mi toccare la vita che va già bene così ed è l’unico modo possibile perché se c’era un altro modo lo avevo già trovato io caro dottore”. “Fammi dormire, perché dormo 3 ore a notte e non ce la faccio più”. Da una parte registri e ti sintonizzi sulla sofferenza del paziente perché è da lì che devi partire, dalla sua consapevolezza della propria sofferenza. Dall’altra devi impostare un piano di trattamento con una mappa geografica molto più estesa per capire dov’è questa persona e dove è ragionevole arrivare nell’arco di… Una seduta? “In quanto vuole il cambiamento signora? Una seduta?”. “Posso venire 3 o 4 volte…” in aggiunta. Quindi hai 4 ore per risolvere questo “problemino”… cosa fai? Prova a compilare queste 5 aree che il PQ propone. Tenete presente che dovete ricollegare i sintomi alla diagnosi del DSM, i pattern relazionali agli aspetti dell’asse M legati all’intimità delle relazioni interpersonali e ai pattern di personalità, per capire che personalità è quella che sta sposata da 10 anni con un marito con cui non ha mai fatto l’amore.

K.: quindi qui l’obiettivo è di costruire come delle domande prototipiche che possiamo fare alla persona, come un questionario customizzato.

B.: qualcosa del genere, senza le domande però.

K.: Okay. Possiamo fare un esempio di Item, come sono costruiti?

B.: allora, io ho detto ieri che gli Item non li fai costruire al pz (quando fai ricerca sì), ma qui siamo fuori da un ambito di ricerca. Quindi gli item servono a te per fissare la sua sofferenza, costruisci 2 item sulla sofferenza di questa persona, cioè, scrivi “Io pz soffro perché: …” e mettici quello che è emerso come sintomo più grave della sofferenza di questa persona. Avete 30 secondi… “Io pz soffro perché: sintomo 1/ sintomo2”. Ragazzi, non c’è giusto o sbagliato, ogni cosa diciate c’è utile, per cui, chi se la sente di dire sintomo1/sintomo2?

C.: Io ho scritto, 1) soffro perché non riesco a prendere sonno 2) soffro perché non mi è permesso di sbagliare. Il fatto che sia molto artificiosa mi da l’idea di una che si contiene tanto perché non sa ricevere.

B.: Non so ricevere, okay! Son tutti giusti!

C.: Per me invece il problema alla base era il fatto di non saper esprimere le proprie emozioni.

B.: Okay. Ricordatevi che non siete nell’area emozioni ma siete nell’area sintomi. Per cui in teoria visto che avete dedicato così tanto tempo a imparare il DSM è arrivato il tempo di farvi restituire il favore dal manuale. L’insonnia è sicuramente un sintomo, in più è il sintomo della pz e poi scegliete come sintomo uno qualunque di questi ma chiamatelo con le categorie del DSM.

C.: Ma quindi possiamo dire una diagnosi del DSM?

B.: Ogni diagnosi del DSM è costituita da criteri del DSM ed ogni criterio è un sintomo o un segno. Quindi in teoria dovreste scegliere qualcosa di molto significativo. Chiaro che da quello che vi ho raccontato potete tirar fuori una 30ina di sintomi, noi lo facciamo con 2.

C.: secondo me, dal punto di vista soggettivo-affettivo siamo nel campo della alessitimia.

B.: potrebbe essere una alessitimia. Nel caso specifico non lo è ma l’intuizione è giusta, stai usando la mappa DSM per dire: “qua mi sembra ci sia un appiattimento affettivo”. Non saturerebbe i criteri per la lessitimia però alcuni tratti della alessitimia li ha. Ovvero l’incapacità di accedere alla maggior parte delle emozioni. Siccome teatralizza un pochino la monotonia è monotonica, certe emozioni sono assenti, l’emozione è sempre la stessa ma teatralizzata, quindi esclude la diagnosi di alessitimia.

C.: La logorrea?

B.: E’ un sintomo DSM? Mi pare di no.

C.: per esempio in un episodio maniacale, un eloquio concitato/disorganizzato.

B: c’è un eloquio che può essere accelerato ma è più che altro disorganizzato quello che si guarda in un episodio maniacale o ipomaniacale come: fuga dalle idee, deragliamento del pensiero, poi comunque tieni presente che se scegli quel sintomo è perché hai scelto la categoria maniacale/ipo-maniacale, che è sicuramente una delle prime cose da pensare per poterla escludere tuttavia qui mancano i criteri sia per i disturbi psicotici (la prima cosa che faccio quando accolgo un paziente è escludere che ci sia una psicosi in arrivo), poi al capitolo successivo del DSM ci sono i disturbi bipolari ed escludo anche quelli, mi do per buono che siano esclusi, quindi non diventa buono focalizzarsi su quel sintomo, c’è… Ma non è primario.

C.: io ho pensato al non dormo=insonnia e non capisco perché. Mi limiterei a questo, se dovessi attenermi ad un piano di trattamento, visto che è questo quello che ci chiede in queste 4 sedute. A meno che non proviamo a farle capire che ci servono più di 4 sedute e vedere se rimane. Però proprio il fatto che non capisca perché è una categoria sintomatica abbastanza interessante. Quindi propenderei verso la sfera del disturbo di personalità perché comunque: è ben adattata, ha un lavoro da 20 anni, lavora in banca, è sposata, insomma sembra avere un organizzazione abbastanza alta.

B.: ottima riflessione, “non capisco perché” è uno dei sintomi del DSM? No, non capire se stessi non è ancora considerato sintomo per fortuna. Dovete entrare nella mentalità di lasciarvi arricchire dal DSM, il DSM presenta alcune centinaia di diagnosi, sono i mattoni fondamentali del nostro linguaggio: “non capire perché funziono così” non è incluso in nessuna di queste 400 diagnosi. Forse “il non capire le cose” lo trovi nei deficit cognitivi e intellettivi al limite ma non è il caso, non è l’aspetto centrale

C.: forse emozioni ego-distoniche fanno pensare all’area nevrotica o comunque il fatto che ci sia un conflitto. Nel senso che lei capisce che c’è qualcosa che non va ma non capisce perché.

B.: Okay, che diagnosi DSM è? Rientra un po’ nei disturbi di personalità area nevrotica, i disturbi di personalità rientrano nell’area borderline però potrebbero essere anche forti tratti di personalità. Quale personalità ti verrebbe in mente?

K.: Giusto per capire, chi di voi (per alzata di mano), ha affrontato il DSM in termini diagnostici, insomma che sa fare questo lavoro che il professore sta chiedendo in questo momento? Ossia, non professionisti, ma che lo conoscono almeno teoricamente?

-nessuna mano alzata o pochissime-

C.: abbiamo trattato più la psicopatologia psicanalitica, abbiamo fatto psichiatria di stampo psicanalitico quindi abbiamo trascurato di più il DSM.

K.: Possiamo esplicitare che ci sia una provocazione in questa richiesta?

B.: No. Non era provocatorio, era per aiutare a riflettere sul significato del fare diagnosi cioè: i sintomi vanno a localizzare un area di sofferenza del paziente. Giuste tutte le cose che avete detto ma questa qui tra 3 sedute vi dirà “Dottore, mi sembra che lei non abbia ancora risolto il problema”. Lo sai già in prima seduta, ti ha portato una montagna e ti ha detto “spostala in 4 ore per favore”. Con un peal e un modo di fare che sottende a una personalità che “okay, faccio tutto da sola, mi fido di te perché sto scoppiando dopo un mese che non dormo, ma mi fido di te per 4 ore, fammi vedere cosa sai fare in 4 ore”. Quindi il nostro primo problema è “cosa devo far succedere in 4 ore perché torni anche la quinta, la sesta e la settima”… 4 anni di terapia adesso, 2 volte a settimana, siamo al quarto anno… Ma nelle prime 4 sedute ti giochi se sarà la pz del tuo studio o di quello di qualcun altro e hai 4 sedute per capire qual è il cuore pulsante di sofferenza di questa donna e dirle “l’ho visto. Non andare perché l’ho visto. E’ lì, è lunga ma l’ho visto e so cosa fare ma mi devi dare tempo. Perché una montagna la spostiamo ma in 4 anni e mezzo, 5.”. Qual è il cuore pulsante del suo dolore?

C.: Io come sintomi, ma forse è qualcosa di più marginale, ho pensato alle disfunzioni sessuali.

B.: com’è una vita senza 10 anni di orgasmo? Com’è? Quindi una frasetta del tipo “oh… 10 anni senza orgasmo”, serissimi, cioè: “10 anni senza piacere. Quanti altri ne vuole passare così?”. Tenete presente che ieri vi ho detto che i pz vengono, i più delle volte non hanno voglia di cambiare, sono rarissimi quelli che vengono con una motivazione di media-lunga durata, si aspettano delle cose bizzarre dalla terapia e il lavoro nei primi incontri è quindi metterli in contatto con il proprio dolore e fargli capire che c’è il modo di uscirne. Qua il tema del piacere, vi ricordo che è la pulsione principale secondo Freud, il principio di piacere, governa la vita di questa persona? Qual è il sintomo? Sostanzialmente la mancanza di piacere. Potete utilizzare le categorie diagnostiche della depressione, le categorie diagnostiche dell’ “anorgasmoqualcosa”, più probabile che le servono categorie diagnostiche della depressione, mancanza di piacere nella vita, mascherata da un ghigno da un “tutto bene, tutto apposto”, perfezionismo, ma sotto sostanzialmente c’è una bambina di un anno che non ha mai potuto godere della propria vita, a cui hanno insegnato (emergerà a mesi, anni dopo le prime sedute) che qualunque forma di piacere era sbagliata (dei figli) perché la cultura lì è nata così. Dunque, a cosa ti serve coglierlo in 5 minuti? (questa è una panoramica molto grossolana, giusto per cogliere come poi usi questi aspetti).

Questi aspetti di sofferenza ti servono solo per far sentire colta la persona e farla rimanere in trattamento quello che basta per risolvere le sue sofferenze. Quando riempi queste 10 caselle del PQ, avete visto quanti item di aree diverse ognuno di voi vede? Ogni terapeuta vede delle aree diverse… Quali sono i terapeuti migliori? Sono quelli che riescono a cogliere l’essenza profonda di questa persona. Qual è l’essenza profonda? Quella che fa dire alla persona: “qua vale la pena di investire 10 anni della mia vita se servono perché almeno i prossimi 10 anni non saranno come questi”.

C.: il PQ quindi lo devo compilare mettendomi nei panni del paziente? Perché, per esempio, questa domanda del quanto soffro e perché io ho messo “non dormo e non faccio l’amore con mio marito” ma da paziente avrei messo: “A) non dormo B) do il mio stipendio ai miei genitori” però lo vedo io come un problema non il pz di sicuro. Quindi a questa domanda devo rispondere con la mia visione o quella che mi porta il pz?

B.: Ti rispondo con un’altra domanda: “quando il tuo bambino di 1 anno ti chiede la nutella tu cosa gli dai? Quello che vuole lui o quello che gli serve?”

C.: quello che gli serve.

B.: E si chiama Amore. Il terapeuta usa l’Amore. Fa parte dei 10 anni di formazione del terapeuta capire a che cosa serve agli esseri umani davvero. Nella descrizione che vi ho fatto ci sono dei dolori terribili: non ho mai potuto godere nella vita, non ho mai potuto dedicarmi alla mia di vita, non ho mai potuto scegliere ciò che piaceva a me, non ho mai potuto diventare me stessa, non ho mai potuto esprimere la mia aggressività dicendo mamma papà adesso basta. Di questo ha bisogno la pz. Ne è consapevole? Oggi… 4 anni dopo. Ma è ovvio, stiamo citando la tassonomia dei diritti dell’uomo, non c’è nessuna psicoterapia che ti porti lontano dai diritti fondamentali dell’uomo. L’avete letta? E la dichiarazione dei diritti del bambino? Ogni bambino ha diritto di nascere, di essere curato ed accudito e aiutato a diventare ciò che tende alle sue personali inclinazioni. Andate a leggervela, cioè, l’attenzione all’unicità del bambino, la sua identità al “io sono per te” e non “tu per me” è dappertutto: nel codice civile italiano, nel codice civile dei diritti dell’uomo, nella dichiarazione internazionale dei diritti del bambino. le terapie assumono che quella che è la migliore definizione d’amore e aiutano il pz a diventare un essere umano secondo questi criteri internazionali, non inventati da un terapeuta ma riconosciuti da tutti i migliori pensatori che si sono riuniti a sancire cosa vuol dire esseri umani sulla terra. Quando ti è chiaro tutto questo ti puoi permettere di dire a un figlio “No, questo non è buono per te, non si può fare.” Quindi se un pz ti dice “sono passate 4 sedute e non ha risolto il problema, me ne vado” tu sei autorizzato a dire “Lei mi ha portato qui queste sofferenze, sente che sono risolte? Pensa che non siano risolte perché non funziona la terapia? Non funziona questo terapeuta? O perché se per spostare una montagna servono 4 anni e non 4 giorni?”. Se conosci le cose fondamentali del suo animo che lei non conosce le puoi mostrare quello che lei è pronta a vedere e motivarla ad andare avanti col trattamento. Ultima domanda?

C.: E’ troppo chiedere a che punto è arrivata ora a 4 anni del trattamento?

B.: ha imparato a dire quello che pensa agli altri, se non il giorno stesso il giorno dopo, ha imparato a sentire le sue emozioni, a conoscere la rabbia e a riconoscere che la rabbia le segnala un abuso subito, e quindi che può essere espressa perché c’è sempre un abusante quando tu esprimi la rabbia, cablata dal nostro sistema neurale, rabbia=abuso subito sennò si chiama ostilità. Ha imparato a fare la differenza tra rabbia e ostilità. Ha imparato a riconoscere l’ostilità, che estendeva senza motivazione come strumento relazionale (tanto non si aspettava nient’altro dagli altri, solo abusi, per cui tanto vale trattarli male, essere svalutante, acida, aggressiva, espulsiva); gli abbiamo chiamati i calcetti della terapia… Lei è libera di prendermi a calcetti, ma io ci sarò sempre per lei, non vado via. Ha imparato a usare altre modalità relazionali, a curarsi dei suoi interessi, ha iniziato a studiare psicologia, ha scoperto che le piace, ha iniziato a frequentare gruppi di crescita, di sviluppo personale, a chiedere al marito delle cose, si è stufata di passare una vita a fare la donna delle pulizie e ha capito che si sentiva donna anche ad andare a teatro. Ha scoperto i piaceri del sesso… Tuttavia resta un matrimonio bianco, perché in questo percorso ha valutato di prendersi il tempo che le serve per valutare se rimanere sposata a quell’uomo o sia stato un errore di gioventù ed essendo un matrimonio non consumato può ottenere l’annullamento. E’ una buona terapia? Ho ascoltato il suo desiderio di dormire? L’ho fatto in un modo sostenibile per lei? Qualunque scuola di terapia ti insegni questo è un’ottima scuola di terapia.

K.: C’è tempo per un’ ultima domanda?

B.: Sì.

C.: Se questi 2 manuali danno indicazioni sulla diagnosi e il PDM anche sul trattamento, come prendiamo gli strumenti, una volta fatta la diagnosi, per capire cosa succede 4 anni dopo? Come strutturiamo poi il trattamento? C’è qualche testo che da qualche indicazione a parte il PDM?

B.: Sì, sono, di solito, modello-specifici, nel senso che il PDM te le da già in area Psicodinamica, quella Sistemica, quella Costruttivista hanno piani di trattamento tipici loro, l’ideale sarebbero piani di trattamento consensuali tra centinaia di clinici che dicono “Sì questi sono i focus principali con i depressi!”

K.: Ci arriveremo!

B.: Ci arriverete? Ci arriveremo nel corso di questo corso?

K.: No, nel senso, ci arriveremo nel corso di questa vita forse, nel corso di tutta questa passione per la ricerca e per il progresso della psicodinamica e della psicoterapia.

B.: Per me già se uscite dall’università con l’idea che esiste un DSM e un PDM e che imparate a fidarvi, come dire, a conoscerli prima di buttarli via, abbiamo già fatto un grande passo, poi i piani di trattamento sono un’ arte terapeutica che si impara in una decina d’anni di intenso studio ed esperienza personale. E’ il mestiere più difficile del mondo, il respiro sbagliato al momento sbagliato e il pz si alza e se ne va.

C.: intanto lei ci consiglia il PDM come lettura…

B.: No, non ve lo consiglio, DOVETE USCIRE DALL’UNIVERSITA’ DI PSICOLOGIA SAPENDO QUESTI 2 MANUALI A MEMORIA. Nel resto del mondo è così, gli psicologi che escono da qualunque università del mondo questi sistemi diagnostici li hanno studiati, verso l’ultimo anno hanno iniziato a dirgli: guardate che possono essere un limite. Ora che sapete fare diagnosi e potete già farvi pagare all’interno dei servizi pubblici come psicodiagnosti imparate che se volete curare dovete andare oltre queste categorie diagnostiche e avere una visione infinitamente più complessa.