

DIALOGO CON IL DOTTOR IMERIO TONELLI

La Redazione di 'Caleidoscopio': buongiorno Imerio, vorremmo porti alcune domande in merito al tuo articolo che pubblichiamo su questo fascicolo 2025 di Caleidoscopio. Il tuo lavoro ci è sembrato molto interessante e completo anche da un punto di vista clinico. Alcune domande hanno a che fare soprattutto con la parte di elaborazione teorica. Vorremmo anche complimentarci con te per il coraggio che hai dimostrato nel portare avanti una tua linea di pensiero frutto delle numerose esperienze che hai fatto come ' training ' presso diverse scuole e con specialisti diversi nel loro approccio.

Passiamo dunque direttamente alle domande che ciascuno di noi ha posto:

Prima domanda. Hai esposto molto bene la tecnica di Davanloo: attacco alla resistenza del pz → attivazione interna → ansia → difese specifiche → analisi delle difese.

Giunti a questo punto mi chiedo se *l'attacco alla resistenza consenta al paziente di accedere ad una esperienza di transfert gratificante con il terapeuta o se egli abbia una possibilità di accesso al proprio conflitto realizzando una sorta di ' insight ' per proprio conto, mentre il terapeuta si limita ad osservarne la reazione cercando di comprendere ciò di cui il paziente ha bisogno.*

Risposta: Grazie per questa domanda che mi consente di fare una considerazione preliminare che riguarda il termine "attacco alla resistenza". Permettetemi una precisazione su questo termine. Attaccare implica un'azione forte del terapeuta sul paziente; quando parliamo di "resistenza" o "difese" ci riferiamo a costrutti e non a entità fisiche, pertanto, non possiamo attaccare o togliere qualcosa che non c'è. Forse questo termine spesso associato all'istdp cela l'idea di un terapeuta onnipotente in grado di smantellare il sistema difensivo, questo non è possibile. Il lavoro sulla resistenza transferale è piuttosto un lavoro di descrizione di ciò che attivamente il paziente fa o dice all'interno della relazione di transfert, nel tentativo di tenere lontana la relazione, che ha la potenzialità di evocare vecchie ferite e sentimenti ancora vivi. Questa descrizione della resistenza ha lo scopo di rendere consapevole il paziente di qualcosa che è al principio, per definizione, inconscio e quindi muovere quel sistema di difese che si organizza ora in un insieme organico, che definiamo resistenza di transfert.

Mentre descriviamo "i comportamenti osservabili o le parole del paziente" contemporaneamente invitiamo all'esplorazione di ciò che accade emotivamente nei confronti del terapeuta. Questo è ciò che Davanloo e Coughlin chiamavano "twins factors", la resistenza terapeutica da una parte e l'alleanza terapeutica inconscia dall'altra. Il lavoro combinato di questi elementi porta all'accesso dei sentimenti repressi e rimossi. È importante ricordare che questo tipo di lavoro si adatta ai pazienti resistenti e non ai pazienti fragili, in quanto i primi hanno la capacità appunto di resistere all'emergere dei propri stati interni, mentre i secondi, non avendo una struttura capace di contenere, sono costretti a scindere, proiettare, dissociare, avere deliri, allucinazioni, usare massivamente l'identificazione proiettiva etc.

Rispetto alla domanda se il lavoro sulla resistenza consenta di accedere ad un transfert gratificante la risposta è no. Il lavoro sulla resistenza produce inevitabilmente un transfert ambivalente: da un lato c'è un caldo apprezzamento per ciò che il terapeuta sta facendo e dall'altra nasce un disagio, un'irritazione che è prodotta dalla vicinanza. È come se il paziente dicesse (questo mi è stato detto 2 giorni fa da un paziente) "Come osi avvicinarti a me dopo tutto quello che ho sofferto?!".

Rispetto agli insight, questi sono sempre processi interni che nascono per proprio conto, se fossero il prodotto dei collegamenti del terapeuta forse sarebbe meglio chiamarli "outsight". Durante il processo il paziente ha molti insight. Per esempio: mentre il terapeuta descrive al paziente la resistenza della passività è molto comune che il paziente dica "Cavolo, realizzo ora che questo è proprio quello che mi dice mia moglie! Che resto in silenzio e lascio decidere tutto a lei! E poi lei si scoccia e non mi chiede più niente". Questi sono micro-collegamenti molto importanti. Il lavoro sulla resistenza non mira solo a questo, per quanto sia importante, ma mira all'accesso dei sentimenti rimossi, perché sono quelli che aprono l'inconscio dinamico. In questo caso dopo aver contattato emotivamente ciò che non era cosciente il paziente avrà altri e più significativi insight. Questo stesso paziente può collegare la passività all'esperienza con una figura di accudimento o alla sua identificazione con essa.

L'ultimo punto è assolutamente esatto. Una volta che il paziente ha un "insight" poi osserviamo il processo. Questo ha a che fare con la nostra capacità di ascoltare a multipli livelli di ascolto: 1) Contenuto manifesto; 2) Contenuto Latente; 3) Transfert; 4) Processo; 5) Enactment; 6) Controtransfert. In questo caso stiamo ascoltando il processo: cosa succede dopo un insight? La persona

può continuare ad esperire ciò che ha toccato o avviene un processo inibitorio? Associa liberamente e nascono altri collegamenti significativi o compare una resistenza? Quindi nasce una nuova difesa che dobbiamo affrontare immediatamente per agevolare l'elaborazione oppure l'aver avuto accesso al proprio mondo interiore ha creato uno stato d'ansia eccessivo che va regolato? Etc... Come si può capire, concettualmente le cose possono sembrare semplici, ma clinicamente è necessaria una solida formazione ed esercitazione per mantenersi liberi di ascoltare i messaggi inconsci che sono nascosti nelle risposte che il paziente offre.

Seconda domanda. Nel punto in cui ti riferisci alla teoria dell'Attaccamento, poni in rilievo la necessità di contenimento di Stati interni traumatici nel rapporto Care-giver/bambino. Il bambino, altrimenti, rischierebbe di "poggiare" la crescita della sua struttura di personalità su un sistema difensivo distorto o addirittura azzerato: *cogliere questo aspetto relativo al bisogno espresso dal bambino in che modo è correlabile ad attività piuttosto complesse da un punto di vista relazionale con il Care-giver, quali sono state interpretate da Winnicott e dall' 'Infant observation' ad esempio da Stern?*

...mi riferisco qui alla risposta materna di contenimento e di modulazione dell'onnipotenza del desiderio del bambino (Winnicott) e all'esistenza delle RIG secondo Stern. In ambedue i casi la posizione del bambino rispetto al Care-giver non esprimerebbe soltanto un bisogno ma anche una posizione attiva nelle aspettative riferite ad esso.

Risposta: Se comprendo correttamente la vostra domanda, mi verrebbe da dire che il bisogno del bambino non è espresso, lo deduciamo implicitamente dalle sue difese. Se un bambino evita di mostrare il proprio affetto possiamo vedere in questa sua difesa di evitamento e chiusura la sua storia relazionale: "Mostrare i miei sentimenti è stato rischioso, ho imparato che se nascondo il mio affetto non perderò le relazioni, la mia mamma e il mio babbo non si allarmeranno, non diventeranno ansiosi o si arrabbieranno per i miei bisogni emotivi". In questo caso, quando mi riferisco al cogliere il bisogno del paziente, mi riferisco al bisogno "del momento". Nell'esempio di sopra, il bisogno del momento del paziente è di renderlo consapevole della difesa dell'evitamento. Il contenimento del terapeuta si manifesta nella sua accettazione di ciò che via via il paziente porta e in una fiducia nella capacità potenziale del paziente di crescere e superare le sue difficoltà.

Rispetto alle RIG di Stern sono d'accordo, queste si possono manifestare come fenomeni transferali o come identificazioni della persona con queste esperienze interiorizzate. A seconda del contesto e della struttura della persona che abbiamo davanti avremo approcci e stili diversi, che tengano conto delle capacità di contenere e integrare.

Terza domanda. L'osservazione dettagliata degli stati emotivi così come l'hai proposta attraverso l'utilizzo delle vie di scarica dell'ansia (sistema nervoso somatico, SNA ecc.) non comporta nel terapeuta una scissione tipo ' scissione terapeutica dell'Io ', quale è stata teorizzata da Sterba, tra osservazione e partecipazione o esperienza? Le considerazioni di metodo sull'utilizzo di un ' modello graduato ' che comporti una particolare attenzione alla costruzione di una capacità dell'Io di sviluppare funzioni complesse che consentano di contenere stati interni disturbanti; ebbene *non credi che questo modello sia mutuato dalla Psicologia dell'Io e che in definitiva il modello che proponi sia ascrivibile a tale corrente della psicoanalisi?*

Risposta: Sì, la funzione dell'Io del terapeuta è parte di ciò che ha descritto Sterba. Questa domanda è molto interessante perché come terapeuti transitiamo da momenti in cui la nostra capacità dell'Io e di osservare è funzionante ed è quella che ci permette di esprimere ciò che comprendiamo del paziente e del processo e altri momenti in cui il contatto tra inconsci passa prima dall'esperienza, a volte anche fisica, del terapeuta e solo dopo dalla capacità di osservarsi. Questo sarebbe l'uso del controtransfert una volta usciti da un enactment e dall'identificazione proiettiva.

Non ho una conoscenza approfondita della psicoanalisi dell'Io ma senza dubbio l'ISTDP ha una derivazione sia classica che della psicologia dell'Io, il lavoro sul conflitto psichico, il concetto di ansia e difese. Credo che si differenzi da quest'ultima rispetto al lavoro con i pazienti fragili e al lavoro somatico sull'ansia che è peculiare di questo modello psicodinamico.

Quarta domanda. Ritieni possibile prendere in considerazione un ' desiderio inconscio di guarire ' da parte del paziente? E se è così, si tratterebbe secondo te di un desiderio strettamente legato e suscitato dall'Alleanza terapeutica, o potrebbe sussistere come desiderio autoctono nell'inconscio, nel senso teorizzato da Nunberg (1955)?

Risposta: Questo è il tema che ho più caro in questo momento. La risposta è sì, sono completamente d'accordo con quanto avete scritto. Esiste un desiderio del paziente di guarire e realizzarsi che insieme al lavoro con il terapeuta è il più grande alleato che abbiamo. Davanloo diceva "Will is the engine of therapy" riferendosi alla volontà del paziente, ma anche ad un suo sacro desiderio interno di autocura. Ogni intervento che facciamo su una difesa alimenta questo desiderio di guarire nel paziente che Davanloo ha chiamato UTA (Unconscious Therapeutic Alliance – Alleanza Terapeutica Inconscia). Non è strettamente legato alla costruzione dell'alleanza terapeutica perché lo precede ma ne è fortemente rafforzato perché nella fase di costruzione dell'alleanza terapeutica, generalmente le prime sedute, il lavoro focalizzato stimola questa forza innata che porta alla guarigione. Due considerazioni: 1- Le ricerche mostrano che se non si hanno miglioramenti nei primi 7 colloqui è molto probabile che non si avranno dopo anni di psicoterapia. Questo dà una misura di quanto sia importante costruire una solida alleanza terapeutica conscia. 2- Esiste ciò che aveva teorizzato la psicoanalisi, la pre-concezione dell'oggetto. Le ricerche, quelle di Trevarthen, Stern e poi il lavoro di Liotti hanno ulteriormente sottolineato un aspetto: come esseri umani siamo pre cablati alla relazione, alla connessione. Abbiamo un'organizzazione interna che ci predispone all'incontro e alla relazione con l'altro, dimostrando che abbiamo una conoscenza relazionale implicita che predispone all'attaccamento. Come dice Liotti, l'umano è primariamente intersoggettivo. Questo cambia la psicoterapia perché alla luce delle ricerche è difficile credere che esista un mondo intrapsichico isolato.

Un'altra componente della Redazione ha proposto le seguenti riflessioni e domande:

Quinta domanda. L'ISTDP si caratterizza come terapia originale con solide basi nella teoria dell'Attaccamento e nella Psicoanalisi stessa, a cui si affida per i concetti sostanziali. Si discosta però dal modello psicoanalitico classico proponendone uno in cui l'analista prende una posizione più attiva facendo pressione sul paziente. La componente psicoanalitica comunque c'è ed è manifesta nel lavoro sul transfert-controtransfert e anche nella citazione di concetti come "esperienza emotiva correttiva" e "campo dinamico". Sembra però assente la riflessione sulla presenza del cosiddetto "setting deviante"

(Langs, 1986) costituito, in questo caso, nella sua componente materiale dall'introduzione dell'uso della videoregistrazione e nell'atteggiamento analitico decisamente attivo. Nel corso del tempo molte cose sono state osservate riguardo al setting, fino al punto di sottolineare come esso sia il principale agente terapeutico rispetto all'interpretazione, soprattutto nella patologia grave (Winnicott, Bion, i teorici del campo analitico etc.).

Come si comportano i terapeuti dell'ISTDP al riguardo? Nel tuo articolo, in effetti, appare chiaro che il paziente viene continuamente monitorato per valutare il suo grado di capacità contenitiva e ci si premura di costruire preliminarmente questa capacità dell'Io.

Risposta: Questa domanda è molto importante perché permette di guardare da diverse prospettive la questione del setting e dell'introduzione della telecamera. Nella mia esperienza ho sempre incontrato maggiore resistenza da parte dei colleghi di formazione psicoanalitica all'uso della telecamera rispetto ai colleghi che provengono da altri modelli proprio perché estraneo alla tradizione e al setting classico. Prima di entrare nell'argomentazione posso dire che la mia esperienza è che la telecamera sia più un problema per i colleghi che per i pazienti. Generalmente i pazienti accolgono di buon grado uno strumento che potrebbe aiutarli, portando una maggiore attenzione ed eventuali accorgimenti da parte del terapeuta. Quando si inizia una psicoterapia con la telecamera si spiega al paziente a cosa serve la telecamera (a rivedere i video per poter capire cosa è andato bene e cosa non ha funzionato per poter poi lavorare meglio), in che modo verrà usato il video (per la visione personale e per la supervisione e quando un paziente non accetta l'uso per la supervisione naturalmente viene rispettata questa sua volontà) e come vengono custoditi i dati personali (Hard disk criptati). Per i terapeuti invece è diverso, più complesso. Diciamo che inizialmente è uno shock vedersi nel video, ricordo la prima volta che ho visto il mio lavoro ho pensato "che disastro! Quante cose ho sbagliato! Questo paziente è molto sfortunato ad avere me se solo avesse il dottor X, Y, Z!". Questa non è un'esperienza solo mia, è l'effetto che ha rivedersi. Il nostro Super Io si prepara a un banchetto prelibato inizialmente. Nel tempo, questo invece ci permette di vedere come il nostro Super Io interferisce con il lavoro di psicoterapia, e questo avviene in una maniera incisiva e auto evidente. Questa riflessione mi porta a un pensiero che riguarda l'apprendimento del modello: essendo l'"Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy" una psicoterapia psicodinamica esperienziale anche il processo di apprendimento è esperienziale, non potrebbe essere altrimenti; si

alternano fasi di apprendimento teorico e della tecnica a momenti strettamente esperienziali in cui si fanno "skill building exercise" per costruire capacità, "role-playing", "deliberate practice", lavoro sui video e rielaborazione del processo di gruppo che hanno lo scopo di "incarnare" e "integrare" a livello emotivo e non solo cognitivo ciò che viene appreso.

Tornando alla domanda. La telecamera è una variazione del setting, una deviazione, sì. Dal mio punto di vista questo non ha un'accezione negativa così come non ha un'accezione negativa la maggiore attività del terapeuta. Rispetto al ruolo prioritario del setting nel trattamento dei pazienti fragili le ricerche (Weinberg 1996) dicono che i fattori terapeutici più importanti sono:

1) Alleanza Terapeutica; 2) Terapia che permette di affrontare ciò che il paziente cerca di evitare; 3) Ridare speranza; 4) Aiutare il paziente a riconoscere il successo come il prodotto del proprio lavoro (Agency).

Non sono d'accordo con l'idea che un setting non deviante sia di per sé terapeutico. Questa domanda mi offre anche la possibilità di parlare del modo in cui il paziente vive la presenza della telecamera e di come questo ci aiuti sia nella diagnosi che nella cura; proprio grazie alla nostra formazione psicodinamica sappiamo che nell'inconscio del paziente la telecamera rappresenta il terapeuta, la diffidenza verso la telecamera è uno spostamento sulla telecamera della sfiducia e della paura del terapeuta. Una volta che abbiamo chiaro questo processo difensivo possiamo aiutare il paziente a esplorare preoccupazioni, rischi, dubbi e a creare un ambiente più sicuro e un setting più solido in cui è possibile accedere al proprio mondo interno. L'assenza della telecamera non previene o impedisce il transfert paranoide. L'anno scorso una collega mi ha detto: "Parlavo con un'amica psicoanalista e mi ha detto che la telecamera è un oggetto intrusivo che si installa nell'inconscio del paziente danneggiando il legame terapeutico e il trattamento". Questa della collega è un'ipotesi, ogni ipotesi è degna di essere considerata ma poi va messa alla prova della realtà, verificata. Nella mia esperienza e quella di altri colleghi i pazienti migliorano. Scherzosamente ho risposto alla collega che presentava questo dubbio "Per fortuna l'inconscio del paziente non se ne accorge e la persona guarisce lo stesso!"

Sesta domanda. *Come si tiene presente la raccomandazione di Eissler di analizzare il più precocemente possibile l'introduzione dei parametri?* Nel testo questi fattori caratterizzanti l'approccio ISTDP sembrano dati per scontati, ma in che modo potrebbero indurre una reazione di opposizione e/o

di sottomissione del paziente contrastando in tal modo l'azione terapeutica?

Risposta: L'indicazione di Eissler è valida quando avviene un cambiamento di setting in una psicoterapia in corso. Analizzare le reazioni del paziente è fondamentale per accompagnare nel processo di cambiamento di setting. Per esempio, quando sono passato dall'uso del lettino al "vis a vis" è stato necessario un tempo per elaborare questa variazione. Generalmente il contenuto latente del materiale del paziente aiuta enormemente a comprendere ciò che succede e a trovare modi per parlarne all'interno del setting. Rispetto ai nuovi pazienti questo problema non si pone perché nel contratto terapeutico è già proposto il setting con queste caratteristiche. L'osservazione del/della collega sugli effetti delle variazioni di setting sul paziente è importante, la risposta del paziente è un'informazione importante sulla sua organizzazione psichica. Se si sottomette, questo non avverrebbe senza telecamera? Se diventasse oppositivo non ci sarebbe oppositività in psicoterapia? Più materiale emerge più informazioni abbiamo e più strade abbiamo per aiutarlo. Facciamo un esempio: Il paziente diventa oppositivo o compiacente, inizialmente accetta e poi rifiuta tutto o accetta, sottomettendosi, ciò che il terapeuta propone? Potremmo portare questo elemento al centro dell'attenzione e lavorare su alcuni aspetti: il paziente si sente libero di esprimere la propria opinione? Questo è un "pattern" nella sua vita? Come possiamo verificare che questo è proprio ciò che vuole e non una posizione difensiva? A pensarci una psicoterapia di qualunque modello non può evitare questi temi, l'ISTDP ha una strada su come lavorarci.

Un'altra questione è stata posta da una componente della redazione:

Settima domanda. *In definitiva, in ISTDP, quale ruolo occupa la regressione terapeutica?*

Risposta: Se pensiamo alla regressione come terapeutica ci stiamo riferendo a pazienti dell'area nevrotica e nell'ISTDP occupa un ruolo fisiologico, la dimensione transferale produce un aspetto regressivo in quanto il terapeuta rappresenta altro al quale il paziente si relaziona senza mai perdere l'esame di realtà. Quando invece la regressione ha a che fare con l'area della fragilità l'approccio è quello di scoraggiare qualsiasi tipo di regressione, perché questo impedirebbe agli stati emotivi e corporei di essere elaborati e integrati.