

“Lavorare sotto i bombardamenti del Super-Io”

Psicoterapia psicodinamica intensiva esperienziale:

Sviluppi dell'Istdp (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy)

Imerio Tonelli*“Gli unici fatti degni della nostra attenzione sono quelli che introducono ordine in questa complessità e così facendo ce la rendono accessibile”*

H. Poincaré

Integrazione psicoterapia psicoanalitica e ISTDP

Molto tempo dopo, davanti a Giovanni che fischietta entrando nel mio studio, mi torna in mente il liceo. Nell'estate in cui ho finito il ginnasio ho conosciuto *“Introduzione alla psicoanalisi”* di Freud, un libro che giaceva tra altri, nella libreria dei miei genitori. Leggerlo fu una rivelazione; le idee sul futuro, fino ad allora confuse, divennero chiare: mi sarei iscritto a psicologia e avrei fatto lo psicoanalista. Sognavo di aiutare le persone che stanno male a cambiare la loro vita in modo profondo eliminando i sintomi della loro sofferenza, arrivando alle radici dei loro conflitti più profondi, promuovendo così un cambiamento duraturo e strutturale. Giovanni, insieme ad altri pazienti, mi ha riportato con la mente al liceo e a cosa mi motivasse con tanta forza a scegliere questa professione. Giovanni è un giovane uomo sulla trentina che chiede il mio aiuto perché bombardato da pensieri intrusivi e “voci nella testa”, collocate spazialmente alla sua destra, che riconosce come un dialogo interno disturbante che lo aggredisce con ogni genere di angheria: *“Dovresti essere massacrato di botte!”*, *“Dovresti morire!”* *“Hai lavorato male, ora perderai tutto!”*. Il suo esame di realtà è integro e nonostante questi e altri pensieri invasivi, quali l'obbligo a studiare tassativamente ogni sera sette pagine, pena una colpa che disturberà il sonno, ha un buon funzionamento generale e riesce a mantenere relazioni sociali e personali significative seppur gravate dagli stati di angoscia. Durante le sedute del primo anno di lavoro abbiamo compreso come queste voci nella testa fossero memorie di esperienze passate. Quando era un bambino, per futili motivi, la madre lo massacrava di botte e lui, nel tempo, identificandosi con l'aggressore, internamente ripeteva questa relazione oggettuale in cui guardava sé stesso e trattava sé stesso nello stesso modo in cui era stato trattato. Giovanni inizialmente non

ricordava questi episodi; questi sono riemersi durante il lavoro di psicoterapia e confermati poi dalle sorelle che avevano assistito a queste violenze. La seduta che mostrerò in questo scritto mostra la sua evoluzione realizzata in terapia e diverse e meno gravi declinazioni del super Io, ora meno pervasive ma non meno minacciose per la sua vitalità. In questo momento, tra la metà del primo ed il secondo anno, Giovanni, pur libero da questi pensieri, evidenzia uno specifico tema relazionale: *“Ho diritto ad avere una mente separata dall'altro?”*.

Giovanni è stato un inconsapevole compagno di questa fase di trasformazione professionale appresa nei miei anni di formazione al Centro Studi Martha Harris, secondo il modello Tavistock, e dal mix che questo modello aveva prodotto con l'esperienza delle mie due analisi personali, la prima Jungiana di qualche anno e la seconda, Freudiana, più lunga e ad alta frequenza, durata 8 anni. In questa fase del mio sviluppo professionale ero arrivato ad una posizione privilegiata: tecnicamente, a detta dei vari supervisori e insegnanti, procedevo bene; loro erano soddisfatti del lavoro che facevo e io ero gratificato dalla loro stima e amicizia. Sentivo tuttavia che internamente qualcosa restava in sospeso, non mi sembrava che i pazienti migliorassero in modo consistente, così ho iniziato a domandarmi se fosse possibile aiutarli di più, cercando nuove strade dato che le vecchie (il tripode psicoanalitico: teoria, analisi e supervisione), li avevo praticati con passione e diligenza per quasi 20 anni. Così, ho deciso e iniziato ad allontanarmi dal conosciuto e anche dall'idea che la guarigione fosse un effetto collaterale dell'analisi del transfert e dei processi mentali o che l'esclusiva esperienza di contenimento del terapeuta avrebbe prodotto nel tempo una corrispondente capacità contenitiva nel paziente. Questo è stato un momento emotivamente difficile perché temporaneamente, oltre alla mia identità professionale, ho dovuto allontanarmi anche dal gruppo di riferimento e dalla cultura che condividevamo. E come avvenne al liceo, è arrivata una seconda epifania foriera di nuova chiarezza: quello che volevo era sempre aiutare le persone in un modo profondo, aiutarle a cambiare la loro vita, contribuendo così in una piccola parte a rendere il mondo un luogo più umano, non essere uno psicoanalista per sé. Percorso dal desiderio di trovare una strada che unisse la mia passione e la mia fiducia nelle scoperte della psicoanalisi al desiderio di aiutare le persone, ho accettato la possibilità di allontanarmi dalla psicoanalisi. Inizialmente

avevo l'impressione di uscire dalla porta di servizio del mio gruppo di riferimento, senza far rumore, con tristezza, come quando un amore si esaurisce e non si può far altro che raccogliere i pezzi; nel corso del tempo si è sviluppato un desiderio di andare a vedere cosa c'era fuori dal mio ambiente professionale, a conoscere quelle terapie che prevedano anche un lavoro "bottom-up", dando rilevanza pratica alla dimensione corporea e anche a come il corpo sta nella relazione transferale; ebbene a distanza quasi 10 anni, ho realizzato che quella che mi sembrava la fine di una storia era l'inizio e quella che sembrava l'uscita era invece l'ingresso principale per una nuova comprensione della psicoanalisi. È stato possibile integrare la comprensione profonda dei processi psichici che la psicoanalisi offre alla posizione terapeutica e al lavoro attraverso il transfert. L'inizio è stato difficile: alcuni colleghi che prima mi apprezzavano hanno apertamente criticato la direzione del mio lavoro, altri invece, in un modo più moderato lo hanno guardando con diffidenza, cercando di annettere il nuovo al già conosciuto, eliminando le differenze e le peculiarità, con un po' di quell'aristocratica presunzione che ha chi guarda il rame quando possiede l'oro. Fortunatamente non tutti hanno preso una posizione dogmatica, alcuni si sono avvicinati con curiosità, informandosi, chiedendo e visionando insieme i video del lavoro clinico. Non è facile cambiare prospettive, non lo è per nessuno, non lo è stato neanche per me; un momento di crisi, il cambiamento catastrofico, destrutturante di cui ha parlato Bion.

Se negli anni della formazione mi era stato insegnato cosa fossero le difese, cosa fosse il contenuto latente, l'importanza di osservare le mie reazioni controtransferali e gli enactment non mi era stato insegnato come lavorare in modo specifico su questi aspetti. Avevo adesso bisogno di trovare una strada che mi aiutasse a trovare un "come", una declinazione fattuale, che prevedesse strumenti sia "top-down", che partono dal pensiero per raggiungere l'emozione, l'impulso e il corpo, agli interventi "bottom-up", che partono dall'esperienza corporea per arrivare ai processi cognitivi e all'elaborazione. Un modello in grado di espandere la mia capacità di lavorare in modo psicodinamicamente orientato. Ho svolto così nel 2017 il primo master annuale sull'ISTDP, un'inariditura importante, che mi ha condotto poi a fare il "Core Training" triennale alla IEDTA (International Experiential Dynamic Therapy Association).

Da qui è cominciato il mio lavoro di integrazione tra psicoterapia psicoanalitica e ISTDP. Il gruppo internazionale di terapeuti di

orientamento dinamico esperienziale è stato inclusivo e accogliente e ciò mi ha permesso fin da subito di confrontarmi con diverse realtà teoriche, lavorative e culturali che hanno apportato un arricchimento personale e professionale enorme. Lavorando con colleghi provenienti da diverse parti del mondo, sono entrato in contatto con Jon Frederickson, insegnante della scuola di psichiatria di Washington d.c. e autore di numerosi best sellers "Co Creating Change", "Co Creating Safety" e molti altri tra cui la sua ultima pubblicazione "Clinical Thinking in psychotherapy" e questo incontro ha iniziato a dare forma, sostegno e organizzazione a un lavoro di integrazione che avevo iniziato da solo. Questa è stata la terza e ad oggi ultima epifania.

Da quattro anni sono in un gruppo di supervisione con lui e nel tempo ho avuto la fortuna e l'onore di essere invitato da Jon Frederickson, insieme a un piccolo gruppo di colleghi italiani, al programma "training for trainers" in cui forma gli insegnanti e i supervisori. Oggi ho il privilegio di vedere da diverse inclinazioni il suo modo di lavorare: con i pazienti, nella supervisione con i colleghi e durante le ore di insegnamento teorico. Il lavoro con Jon Frederickson mi ha permesso di riunire l'anima psicoanalitica classica al modello dell'ISTDP e di creare quello che ad oggi è il Core Training Triennale in cui insegno questo modello di psicoterapia. Questo è il punto in cui mi trovo oggi. Per chi desidera conoscere di più può consultare il sito www.istdpnordovest.it dove ci sono informazioni dettagliate sulle attività di formazione. Entriamo ora più dentro al modello.

Cosa è l'ISTDP?

È un modello di psicoterapia ideato da Habib Davanloo che si basa sulla teoria dell'attaccamento e su un corpus centrale di concetti psicoanalitici (transfert, controtransfert, resistenza, difese, ansia, enactment). Davanloo era uno psichiatra e psicoanalista che proveniva da un retroterra psicoanalitico importante, ha fatto il training e l'analisi personale con Helene Deutsch, analizzata direttamente da Freud, analisi che ha dovuto interrompere, per lasciare spazio all'"uomo dei lupi", poi proseguita con Abraham. Oltre che a Davanloo, Helene Deutsch è stata analista anche di Foulkes, padre della gruppoanalisi.

Senza dubbio la vicinanza a Helene Deutsch ha condizionato Habib Davanloo nella sua teorizzazione relativa al lavoro sulle difese caratteriali e la formulazione di quella serie di interventi raccolti nella sua "sequenza dinamica centrale", marchio di fabbrica del "Modello Standard"

dell'ISTDP, pensato e realizzato per i pazienti che ha chiamato “*altamente resistenti*”. Questo gruppo di pazienti era quello che aveva portato Freud (1937) a scrivere “*Analisi terminabile, analisi interminabile*”, presente nella pratica clinica di ogni analista e terapeuta legata alla difficoltà a superare la resistenza transferale. Questo tema, immagino, abbia ispirato il lavoro di André Green sulla “posizione fobica centrale”.

Davanloo ha condotto, all'interno dell'Ospedale Generale di Montreal, ricerche su 172 pazienti. Per sviluppare la sua ricerca iniziò, a registrare prima e a videoregistrare poi, le sedute, osservando e riguardando le videoregistrazioni per verificare quali interventi producevano dei progressi e quali invece degli insuccessi o lo stallo nella terapia. In 20 anni, quindi, lavora con grande dedizione su ogni incontro e studiando, secondo un metodo scientifico basato sull'osservazione dei dati, le risposte dei pazienti ai suoi interventi, la relazione terapeutica e i risultati conseguiti. Ogni volta che trovava un elemento capace di produrre un miglioramento lui lo ripeteva sistematicamente per testarne l'efficacia e per astrarre dall'osservazione dei principi generali. Una delle osservazioni più importanti fu quella che riguardava appunto la resistenza, laddove Freud aveva scelto come posizione terapeutica quella dell'ascolto neutrale e la “regola fondamentale” della combinazione attenzione liberalmente fluttuante/ associazioni libere; Davanloo invece, ogni qual volta il paziente mostrava segni di resistenza, prendeva una posizione più attiva, aumentando temporaneamente l'ansia e gli stati emotivi nel paziente, e iniziando a lavorare sulle difese che il paziente via via erigeva per ridurre l'attivazione interna. Lo scopo era portare il paziente alla consapevolezza del proprio funzionamento psichico e del tipo di transfert che si stava realizzando con lui. Questo modo di procedere sistematico, militaresco nei termini usati da Davanloo (“challenge”: sfida alla difesa, “head on collision”: scontro frontale con la resistenza) ha portato taluni a vedere l'Istdp come un insieme di tecniche e non un insieme di principi; ciò purtroppo, secondo il mio punto di vista, ha portato molti a mal interpretarla e con ogni probabilità anche a far perdere credibilità a questo valido approccio.

L' Istdp più che insieme di tecniche è un insieme di principi che guidano gli interventi del terapeuta. Il lavoro è focalizzato sempre sul “qui e ora” ed ha come base l'osservazione della risposta del paziente. Usando le parole di Jon Frederickson “*l'osservazione della risposta del paziente come dato che aiuta il terapeuta a comprendere di quale intervento successivo quel paziente ha bisogno*”.

Il paziente è il vero supervisore del terapeuta. Io solamente vi aiuto ad ascoltare il vostro vero supervisore” (comunicazione personale 2022). Rispetto al termine “breve” dell'acronimo ISTDP ricordo con piacere un dialogo epistolare con Paolo Migone in cui mi scrisse che sarebbe stato più utile distinguere tra terapeuti bravi e non tra terapeuti brevi o non brevi, in quanto tutte le terapie hanno la direzione di essere efficaci nel minor tempo possibile; concordo con il suo punto di vista. Per questa ragione preferisco parlare di Psicoterapia psicodinamica intensiva esperienziale come un modello in grado di accelerare in modo significativo il percorso psicoterapeutico, affrontando quelle trappole e quegli enactment, che portano molte terapie in stallo o ad allungarsi indefinitamente, lasciando i pazienti per più a lungo in uno stato di sofferenza che è possibile evitare.

Metapsicologia dell'ISTDP

La metapsicologia su cui si poggia è quella della teoria dell'attaccamento. Facendo una grande semplificazione possiamo immaginare questa situazione prototipica: ogni legame madre/bambino è inevitabilmente soggetto a traumatismi, di diversa entità e dipendenti dal momento in cui le esperienze vengono vissute, il trauma relazionale infantile produce, nella mente ancora immatura dell'infante, una cascata di stati emozionali complessi e stati di angoscia che sovrastano la capacità del piccolo di contenerli. Oggi abbiamo nuove conoscenze, grazie alle prove empiriche offerte dalle ricerche di Allan Schore, sul ruolo dell'emisfero destro nella co-regolazione affettiva. Possiamo ora affermare la centralità della capacità della diade caregiver/bambino di contenere questi stati interni. L'infante è costretto a far fronte a questa esperienza attraverso l'uso di difese, non potendo appoggiarsi su una relazione sufficientemente buona, deve appoggiarsi sul proprio sistema difensivo e costruisce in questo modo, a seconda della severità della situazione di sviluppo, la sua struttura di personalità.

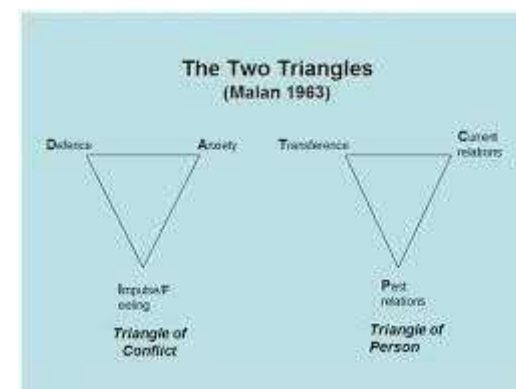
Questa organizzazione interna produce sintomi e le conosciute forme di psicopatologia (ansia, depressione, panico, dipendenza, somatizzazioni, problemi interpersonali, psicosi, etc.). Proprio sul lavoro sulle difese Davanloo ha creato il modello standard dell'Istdp che era adatto solo al 25/30% dei pazienti: la popolazione degli altamente resistenti. E per tutti gli altri come avrebbe potuto lavorare? Questo sarebbe stato un sistema di esclusione e di reclutamento dei pazienti adatti al metodo? Davanloo ha sviluppato quello che oggi è conosciuto come “*Modello Graduato*” il cui

scopo è costruire preliminarmente le capacità dell'Io, quelle funzioni complesse che permettono di contenere stati interni disturbanti, condizione necessaria all'elaborazione dei contenuti emozionali consci e inconsci. I primi analisti e terapeuti che si sono formati con Davanloo hanno portato avanti la sua eredità scientifica contribuendo enormemente al suo sviluppo, tre su tutti: Allan Abbass, citato spesso nella letteratura scientifica, frequentemente da Nancy Mc Williams, per la validazione delle terapie psicodinamiche, autore del libro *"Reaching through resistance"* (In Italiano tradotto *"Superando la resistenza"*), Jon Frederickson autore di *"Co-creating Change"*, *"Co-Creating Safety"*, *"The lies we tell ourselves"*, *"Clinical Thinking in psychotherapy"* e altre pubblicazioni, e Patricia Coughlin anche lei autrice prolifica (*"Lives transformed"* un libro scritto assieme a David Malan, psicoanalista della Tavistock).

I principi fondamentali dell'Istdp

Esistono fatti clinici elementari, trans teorici, presenti sia nella psicoanalisi che in altri modelli (CBT, DBT, EFT, terapia strategica, terapia familiare, costruttivismo etc.) quali: pensiero, emozione, ansia, difesa, schemi di evitamento, impulso. Questi concetti costituiscono la nostra *conoscenza dichiarativa*: ciò che conosciamo. Il concetto base della teoria psicoanalitica, che unisce questi fatti clinici elementari in una prima organizzazione concettuale in grado di spiegare la causalità psichica, è il concetto di *conflitto psichico* che mette insieme una prima organizzazione di elementi e costituisce la nostra *conoscenza concettuale*. Il concetto di conflitto psichico deriva dalla seconda teoria dell'ansia di Freud in cui un trigger (fatti, situazioni, ricordi e anche sogni) mobilita dei sentimenti ambivalenti; l'opposizione di energie è una caratteristica della vita biologica e psichica che muovendosi verso la coscienza produce ansia, uno stato di allarme nel corpo che la persona regola utilizzando le difese. Le difese sono direttamente collegate all'organizzazione del carattere, ai sintomi e alla sofferenza della persona. David Malan ha avuto il merito di aver unito i due triangoli: quello delle persone di Menninger (1958) e quello dell'insight di Erziel (1952) per descrivere il modo in cui il conflitto può manifestarsi ed essere ascoltato dal terapeuta. Il primo triangolo è chiamato *"triangolo del conflitto"*: sentimenti e impulsi conflittuali (vertice basso) producono ansia (vertice destro) che viene regolata attraverso l'uso delle difese (vertice sinistro).

Il secondo triangolo è chiamato *"triangolo delle persone"*.



Triangoli di Malan

Nel triangolo delle persone il conflitto psichico può essere osservato nelle relazioni attuali (C), nel transfert (T) e rispetto alle relazioni passate (P). Quindi il lavoro del terapeuta si dirige costantemente, in modo sistematico, ai vertici del triangolo che sono in primo piano, nel qui e ora della relazione. Il risultato del lavoro persistente, porta il paziente altamente resistente a sbloccare sentimenti inconsci rimossi. Questo produce ciò che Davanloo ha chiamato *"breakthrough"*: ciò che era sepolto ora può emergere e il paziente da qui inizia a fare spontaneamente collegamenti, nuove associazioni e parallelamente inizia a modificare la propria struttura difensiva: alcune difese non sono più necessarie e vengono sostituite da altre, più adattive, producendo uno stabile cambiamento strutturale.

Un altro contributo centrale di Davanloo è stato individuare le *vie di scarica dell'ansia inconscia*. Lui è stato precursore di quei modelli che integrano il lavoro top-down a un lavoro bottom-up. Ha individuato tre vie principali di scarica che indicano anche la severità dei livelli di ansia.

- 1) Ansia nel Sistema Nervoso Somatico. L'ansia è scaricata nella muscolatura striata, volontaria: Possiamo osservare il movimento delle mani, delle gambe, una certa tensione muscolare, il paziente sospira, può avere mal di testa da cervicali, dolori mestruali e fibromialgia.

- 2) Ansia nel Sistema Nervoso Autonomo. L'ansia si sposta nel *ramo simpatico* portando sintomi quali iperventilazione, piloerezione, pupille dilatate, bocca secca, occhi secchi, mani fredde, la persona arrossisce, ritenzione urinaria e svenimento per iperventilazione. Mentre quando l'ansia si sposta nel *ramo parasimpatico* (più alto livello di ansia) abbiamo sintomi quali la riduzione del battito cardiaco, l'apnea, l'aumento della salivazione, gli occhi diventano lacrimanti, la pressione sanguigna inizia a diminuire, le mani sudano, compaiono nausea, diarrea, vomito, urgenza di urinare, emicrania da vasodilatazione, vertigine, stanchezza fisica e anestesia corporea.
- 3) Ansia nel sistema cognitivo-percettivo che è causato, tra altre cose, dall'abbassamento della pressione sanguigna porta il sangue a defluire dal cervello producendo l'annebbiamento del pensiero, stati di confusione, la perdita di nessi causali nel discorso, un impoverimento della memoria, la visione diventa offuscata o a tunnel, possono verificarsi casi di cecità, fischio alle orecchie (acufene). Questo stato mentale crea il terreno in cui si verificano fenomeni quali la dissociazione, la scissione, la proiezione, l'identificazione proiettiva e le allucinazioni.

Quando l'ansia inconscia è scaricata nel Sistema nervoso somatico è autoregolata e contenuta, quando invece viene scaricata nelle altre vie, dal sistema parasimpatico del sistema nervoso autonomo, ha necessità di regolazione e l'intervento terapeutico deve rispondere a questa necessità. Questo è un primo grande spostamento tecnico: quando l'ansia è in primo piano, pertanto, si regola questo stato di inondazione psico-corporea attraverso uno specifico modo di stare in relazione al paziente e una serie di specifici interventi.

Davanloo quindi ha unito la conoscenza della psicoanalisi e del **sistema della resistenza**, che è sovrapponibile a quello della Mc Williams nel libro "La diagnosi psicoanalitica": a) isolamento dell'affetto (difese di ordine superiore); b) rimozione e c) difese regressive (difese di ordine inferiore) al lavoro sulle **vie di scarica dell'ansia**, promuovendo una relazione terapeutica che si adatti alle necessità del paziente, bilanciando un lavoro di decostruzione della resistenza (lavoro sistematico sulle difese prima e sul sistema di resistenza transferale poi) e di sintonizzazione con le necessità relazionali del paziente.

Questo complesso assetto interiore agevola l'emergere dell'alleanza terapeutica inconscia e via via indebolisce le difese permettendo alle forze interne nel paziente di trovare la strada che produce la guarigione.

UTA: Unconscious Therapeutic Alliance – L'Alleanza terapeutica inconscia

Si riferisce all'attività della parte costruttiva e vitale inconscia del paziente. È una forza che cerca la realizzazione del sé e della guarigione emotiva. Come specie abbiamo una naturale inclinazione alla relazione, alla connessione con l'altro ed anche alla guarigione.

La pulsione di vita per Freud, come dicono La Planché e Pontalis (par. 492 Vol. 2): "*Grande categoria di pulsioni che Freud contrappone, nella sua ultima teoria, alle pulsioni di morte. Esse tendono ad instaurare unità sempre più grandi e ad instaurare la coesione. Le pulsioni di vita, che sono designate con il termine Eros, ricoprono non solo le pulsioni sessuali propriamente dette, ma anche le pulsioni di autoconservazione*".

Differenti psicoanalisti e psicoterapeuti parlano di questo elemento connaturato all'umano collegato alla vitalità psichica e alla tendenza alla guarigione: Davanloo (2002) parla della "volontà di salute come motore della terapia"; Symington (2002) come di un "principio di ripristino della propria integrità"; Nunberg (1955) "desiderio interno di guarire"; Bion (1970) "essere all'unisono con O, la verità della propria vita"; Rank (1930) "qualsiasi terapia va costruita sulla volontà"; Patricia Coughlin lo ha definito in modo efficace come una forza interna, una specie di sistema immunitario emotivo, Jon Frederickson, vicino alla posizione di Bion e al suo concetto di "O", ne parla come di un desiderio intrinseco del paziente di diventare tutt'uno con la verità della propria esistenza.

Giovanni

In questa fase è stato difficile sostenere momenti di incertezza, tollerare il “non sapere” e il “non capire”, sostenere la propria capacità negativa (W. Bion) per uscire dall'enactment e poter continuare a pensare. Giovanni ora non ha più voci disturbanti, nel transfert mostra stati di ansia che gestisce con la compiacenza o con la sua capacità di intellettualizzare. Ora parla del figlio Enrico di 2 anni e del mentore, la persona che l'ha introdotto professionalmente nell'ambiente ortopedico. Nelle sedute precedenti Giovanni ha mostrato stati d'ansia eccessiva (bocca secca, occhi sbarrati e spaventati), proiettava su di me il suo desiderio di esplorare delle cose dolorose e poi temeva che io volessi esplorare qualche contenuto che lui invece non voleva affrontare, percependomi quindi come un oggetto intrusivo dal quale difendersi. Nel transfert veniva rappresentata la relazione con un genitore dominante/intrusivo dal quale avrebbe dovuto difendersi o potuto solo sottomettersi.

Seduta 40

P: (parla molto velocemente) “Comincerò col farti una riflessione, una cosa su cui ho pensato, ehm come ti dicevo, io ho detto a questo mentore che non avrei preso la sua clinica *[mostra una capacità assertiva che non aveva, descrivere ora una sua capacità lo allarma. Il “rapid speech” spesso è espressione di uno stato d'ansia.]* e all'inizio le cose sembrava andassero bene, adesso non dico che sono precipitate ma quasi.”

T: “Noti come stai parlando veloce?” *[Portare l'attenzione del paziente sull'ansia ha lo scopo di creare una relazione di co-regolazione in cui dall'attivazione del circuito amigdala-ipotalamo attiviamo le aree corticali attraverso il pensiero, la riflessione e l'auto osservazione sostenendo e sviluppando le sue capacità dell'Io.]*

P: “Sì” (rallenta)

T: “Questo è un segno di ansia, cosa noti che succede dentro di te se rallentiamo? Dove noti quest'ansia nel tuo corpo?” *[Lo invito a continuare ad osservare il corpo per verificare se, oltre a portare l'attenzione su di sé è in grado anche di mantenere l'attenzione su di sé, facendo un assessment delle sue capacità dell'Io del momento].*

P: “Eh più che di ansia forse di tensione” T:

“Dove senti tensione nel tuo corpo?”

P: “Generalmente, come in questo caso, nello stomaco.” *[Lo stomaco può essere un sintomo sia del SNA oppure potrebbe essere una descrizione di una contrazione dei muscoli addominali, è necessaria un'ulteriore investigazione per chiarire]*

T: “Mi descrivi cosa senti dentro il tuo stomaco?”

P: “Pesantezza come se avessi qualcosa di pesante nello stomaco”

T: “In che punto? Che dimensione ha? Proviamo a osservarla con attenzione”. *[Continuo a sostenere le capacità dell'Io, la capacità di osservarsi e mantenere l'attenzione su di sé. Questo parallelamente ha lo scopo di costruire una relazione oggettuale di attaccamento sicuro in cui l'esplorazione degli stati interni avviene mentre si costruisce una capacità di contenerli]*

P: “Mi è venuta in mente un'immagine, i piombini che si usano per andare a fondo in apnea” *[La metafora dei piombini coincide con la sua esperienza fisica di questo momento di apnea causata dall'eloquio rapido]*

Giovanni ora è in grado di intellettualizzare, la sua ansia è regolata e racconta un episodio capitatogli al lavoro nella clinica: Il suo mentore, a parole, gli ha detto che non ci sarebbero stati problemi se avesse deciso di non rilevare la clinica al momento del suo pensionamento e che sarebbe stato sempre libero di scegliere cosa fare, ma, dopo essere venuto a conoscenza dell'intenzione di Giovanni di non rilevarla, ha creato un clima teso, parlando segretamente con alcune infermiere che poi lo hanno riferito a lui, in cui minacciava di fargli “tabula rasa” attorno da un punto di vista professionale.

Giovanni prosegue:

P: “Quando vado lì a lavorare sono molto teso e ho avuto anche un sincero dispiacere per questa persona che si sente delusa nei miei confronti per avergli detto di no *[La corretta causalità psichica sarebbe: il mentore (stimolo) rispondendo negativamente alla mia volontà mi ha deluso e io ho provato presumibilmente rabbia nei suoi confronti, questi sentimenti mescolati alla gratitudine per aver investito professionalmente su di me mi hanno reso ansioso]* , allora, è successo mercoledì, no, forse lunedì, di andare in clinica e in tutto il tragitto che ho fatto per arrivare da casa mia a lì, mi sono creato un'immagine nella mia testa *[diniego del comportamento dell'altro attraverso la fantasia e la ruminazione ossessiva]*, una storia totalmente inventata in cui io dico a questa persona: “No alla clinica” ma giustificata dal fatto che ho un cancro terminale e quindi immagino lui che capisce la situazione, anzi è dispiaciuto per me e io sto bene nel momento in cui io ho questo film in testa, sono molto sereno a un certo punto mi avvicino alla porta e mi dico vabbè adesso torna alla realtà allora ricomincia l'ansia, entro nello spogliatoio, comincio a cambiarmi e rifletto e dico: ma ti rendi conto che hai trovato più rasserenante una realtà in cui hai un cancro anzi che la realtà che hai adesso che stai bene? *[Riconosce la propria difesa: primo passo per rendere le difese sintoniche, distoniche]* Sei in forma puoi fare tante cose; eppure, ti crea più disagio questo che una realtà in cui devi morire perché hai una malattia seria e pensandoci mi è sembrato molto assurda come cosa!” poi aggiunge “il Piombino è un pochino tornato più pesante”. *[Quando osserva la difesa metterla in discussione produce, come prevedibile conseguenza, un aumento dell'ansia. Mostra una buona capacità autoriflessiva e alleanza terapeutica quando descrive questi pensieri]*

T: “Quando dici quello che pensi si muovono dentro di te delle emozioni, queste emozioni ti rendono ansioso e ti creano questo piombo, quest'ansia dentro il corpo che attraverso questa fantasia calmi” [*Descrivo il suo conflitto psichico e aspetto di verificare se condivide questa ricostruzione*]

P: “Esatto”

T: “Esprimere il tuo bisogno ha creato delusione nel mentore che aveva un altro bisogno, il suo bisogno esatto?”

P: “Esatto. Poi vederlo deluso mi produce sentimenti pesanti, sono una zavorra dentro di me, sì questa zavorra in questi giorni è stata molto pesante e angustiante” [*Associa i sentimenti all'ansia ma non ancora alle difese, è in grado quindi di vedere solo parzialmente la successione della causalità psichica: emozioni conflittuali producono ansia che genera difese*].

Poi inizia a descrivere una trasformazione del piombino in una “zavorra”, una trasformazione simbolica che gli dà la sensazione di essere trascinato giù. [*Il termine zavorra è evocativo, metaforico, espressione della UTA ed è possibile ascoltarlo a multipli livelli: contenuto manifesto, contenuto latente e processo: la trasformazione della metafora descrive il lavoro di trasformazione che Giovanni sta facendo ora nella seduta; a livello di processo le sue associazioni approfondiscono e ampliano l'esplorazione piuttosto che inibirla e c'è un'evoluzione della capacità rappresentativa*].

T: “Quali sentimenti hai nei suoi confronti?” [*Invito a descrivere i sentimenti. Questo intervento è stato chiamato da Davanloo “pressure”, pressione, non presuppone un'immediata risposta. La sua funzione è rivolgere una domanda all'inconscio della persona, alla sua pre-concezione e dell'oggetto. Se fosse già in grado di rispondere, riconoscere, sentire i propri sentimenti, riconoscere la direzione degli impulsi e in grado di collegarli alle relazioni attuali e poi comprendere come queste siano intrecciate con il passato rimosso, non sarebbe in terapia. Questa domanda ha multiple funzioni: 1) incoraggiare il paziente ad una relazione di attaccamento sicuro, stimolando la sua alleanza terapeutica inconscia; 2) osservare quali risposte il paziente ha (descrive le emozioni, mostra ansia disregolata nel corpo? Mostra delle difese? Mostra un set di difese che lavora coordinato, la resistenza transferale); 3) valutare l'effetto del nostro intervento e modulare il nostro intervento successivo sulle necessità relazionali cosce e inconscie del paziente.*]

P: “Ho un forte senso di colpa, perché penso, Madonna, l'ho messo in difficoltà, l'ho deluso, aveva delle aspettative” [*L'invito a descrivere i sentimenti ha mosso qui delle difese, la ruminazione ossessiva, il rivolgimento della rabbia verso il sé. Questo insieme di difese è compatibile anche con l'identificazione con l'aggressore, lui sta biasimando sé stesso così come è stato biasimato dal mentore*]

T: “Noti come mi inviti a immaginare lo stato psicologico del mentore che è deluso che aveva delle aspettative? [*Identifico la difesa dello spostamento e indirettamente l'Identificazione con l'aggressore*] e questo ci porta a ignorare il tuo stato interno? [*Mostro il costo della difesa*] cosa ti fa provare per lui che è deluso perché non vuoi esattamente quello che vuole lui?”

P: “Quello che provo a pensare [*difesa dell'intellettualizzazione*] questa cosa sono sensi di colpa, so che non è una cosa razionale”.

T: “Puoi provare a tollerare un po' di colpa per essere una persona diversa? Separata?”

P: “Certo sì, per me dire io voglio questo e tu vuoi quello, mi provoca colpa come se non andasse bene che io desidero qualcosa che non desideri tu, siamo d'accordo su questo” [*Comprende cognitivamente ma non sta ancora elaborando emotivamente questo tema affettivo poiché un argomento centrale della sua organizzazione non sta mobilitando ansia, sospiri, movimenti del corpo, etc.. E' possibile che stia utilizzando la difesa della compiacenza, coerente con la posizione transferale passiva, sottomessa.*]

T: “e che cosa ti fa provare Il fatto che lui ti induca a sentirti in colpa per avere delle idee e progetti tuoi e non avere i suoi progetti?”

P: “Non ho mai pensato a questa cosa. Cosa mi fa provare Il fatto che lui avesse dei piani diversi? Rabbia, delusione [*Nomina il sentimento inconscio della rabbia che ora è diventato consapevole*].”

Torna alla colpa per aver deluso il mentore. La colpa qui ha una funzione difensiva. È il prodotto dell'identificazione con l'aggressore che sostituisce il sentimento di rabbia, è diversa dalla colpa depressiva che nasce da sentimenti di amore e dal desiderio di riparare l'oggetto danneggiato. Quindi nel prossimo intervento viene affrontata come una difesa, per la sua funzione, e non come una emozione centrale (*core emotion*).

T: “Quali emozioni ci sono sotto questa colpa?”

P: “Mi viene da provare una sorta di, diciamo, tra virgolette, distacco, della serie ti ripeto, pazienza abbiamo piani diversi le nostre vite andranno comunque avanti, mi sta sulle scatole dover lavorare in un ambiente teso”. [*La sua risposta conferma l'ipotesi che sia una difesa e avendo affrontato questa, Giovanni ne usa un'altra, il distacco, del sistema dell'isolamento dell'affetto e riesce a contenere lo stato emergente “mi sta sulle scatole” attraverso l'uso della difesa della minimizzazione*]

Inizia a parlare di risentimento mostrando un aumento dell'intensità affettiva; gli viene in mente la figura di Smeagol del Signore degli Anelli e dice: “E' un personaggio che ha una doppia personalità e che nelle persone incute pena e tristezza e allo stesso tempo odio da volerlo ammazzare” (inizia a sorridere). [*Altra associazione espressione dell'alleanza terapeutica inconscia perché consente l'emergere, all'interno della sua frase, dello stato emozionale inconscio odio da volerlo ammazzare.*]

Queste parole e il sorriso di disagio indicano che ora questi sentimenti viaggiano più rapidi verso la coscienza, si trovano nel preconscious].

Qualche minuto più avanti...

T: “Questo è il modo in cui tu hai imparato a evitare di entrare in conflitto nelle relazioni che hanno un valore, in questo caso è un valore contestuale professionale”

P: “Esatto”

T: “Il fatto che il mentore rappresenti una persona che ai tuoi occhi ti avrebbe dovuto aiutare a crescere da un punto di vista professionale è una persona che fa più o meno come fa tuo padre, cioè, che dice - ok a oggi basta soldi, non vi do più soldi, se la mettete così, non siete d'accordo con me, io non vi do più soldi, vi arrangiate! -“. *[Faccio un collegamento tra il triangolo del conflitto e il triangolo delle persone formulando una prima ipotesi interpretativa collegata ad un'esperienza che lui ha raccontato]*

P: (Sospira) “That's it!” *[il sospiro indica sia che la sua ansia inconscia è regolata poiché si trova nella muscolatura volontaria, striata ed anche che il mio commento ha toccato aspetti emotivi inconsci che lo hanno prodotto. È possibile proseguire l'esplorazione emotiva]*

T: “Hai dei sentimenti pesanti che ti stanno tirando giù, questi sentimenti nei confronti degli altri, ma stai cercando di proteggere gli altri, qui me, il mentore là e tuo padre nel passato dai tuoi sentimenti pesanti. Questo è il modo con cui stai male, cioè, dirigere tutta questa negatività contro te stesso *[interpreto il transfert e metto in parole il suo conflitto perché lui lo veda con chiarezza mostrandogli il prezzo di questo sistema difensivo, questo intervento ha lo scopo di rendere ego distoniche le difese ego sintoniche]* come se tu dicessi : “E' giusto se io non sarò il desiderio che tu vuoi che io compia, allora è giusto che io non esista, come se Enrico (figlio) non farà tutto quello che io voglio *[uso un tono che rappresenta l'oggetto dominante a cui è sottomesso]*, sarà una delusione”

P: “No, non metterò mai Enrico in questa condizione (la sua voce trema) perché lo voglio liberare da questa cosa, e tu... (esplode, colpendo con un rapido pugnolo propria mano) vaffanculo Imerio! Porca troia!” *[Qui ha accesso alla rabbia nei miei confronti, è coinvolto e riesce a contenere subito la scarica verbale mostrando di riuscire a tollerare un'alta attivazione dei sentimenti nel transfert]*”

T: “Come verrebbe verso di me questa rabbia?” *[Questo invito a mostrare la direzione dei suoi impulsi mira a permettergli un'esperienza emotiva dell'affetto e dell'impulso. Le emozioni (Darwin e Pasksepp) hanno tre elementi: 1) cognizione dell'emozione; 2) esperienza somatica dell'emozione; 3) tendenza all'azione. Quando questi tre elementi sono sperimentati in terapia dal paziente la persona è stata in grado di avere un contatto profondo e pieno con l'affetto inconscio prima scisso o rimosso.*

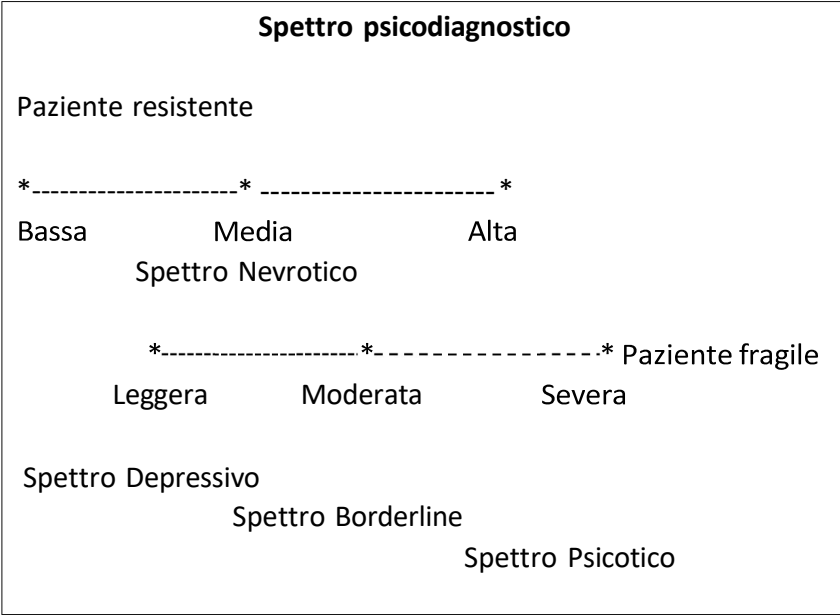
Questo intervento inoltre ha un'importante implicazione relazionale: “E' possibile costruire un attaccamento sicuro, tutto quello che è in te ha diritto di esistere e possiamo dargli spazio”]. Mi fa un gesto di aspettare con la mano, un gesto che ascolto, inizia a piangere singhiozzando per cinque minuti, esprimendo un grandissimo dolore all'immagine del figlio e ricordando quello che lui ha vissuto nel passato. Aspetto che l'emozione esca completamente poi dico:

T: “Come ti senti?”

P: “Non ho più peso sullo stomaco”.

A questo punto, dopo che Giovanni ha avuto accesso ai sentimenti di rabbia e dolore che erano sepolti sotto le difese, l'interpretazione estesa del suo vissuto e del suo conflitto ha una forza, un'auto evidenza e verità, un “insight”, che è una presa di coscienza da dentro, piuttosto che un “outsight” in cui condivide l'interpretazione del terapeuta. Adesso vede come il rapporto con il mentore (vertice C del triangolo delle persone) e con me nel transfert (vertice T) fosse collegato ai sentimenti di rabbia che gestiva attraverso la compiacenza (triangolo del conflitto) e l'identificazione col padre (vertice P del triangolo delle persone).

Qui sotto uno schema riassuntivo su diversi livelli di strutturazione del Super Io: valutare la gravità della patologia e la riorganizzazione della struttura dopo il lavoro di psicoterapia



Gradi di patologia del Super Io					
Salute ----- Molto grave		Leggera	Moderata	Grave	
Coscienza Etica	Tratti di perfezionismo	Auto-Attacco	Sentire Voci nella testa	Proiezione del Super Io	
Senso di responsabilità	Critica e Autocritica	Identificazione con l'aggressore tollerabile	Per evitare un grave auto attacco si produce Scissione e Proiezione	[Perdita esame di realtà]	
Identificazione con oggetto equilibrato	Pensieri ossessivi	Identificazione con l'oggetto della propria rabbia tollerabile	Identificazione e con l'aggressore	Deliri	
Capacità di sentire colpa riparatoria	Capacità di tollerare la colpa	L'autocritica conduce a sentimenti depressivi	Identificazione e con l'oggetto della propria rabbia	Allucinazioni	
Accettazione di sé stessi e compassione		Critica le proiezioni giudicanti poste sugli altri	Proiezione del Super Io [Esame di realtà non è completamente compromesso]		
Vivere una vita coerente con i propri valori		Le proiezioni producono stati di ansia paranoide			
Capacità di mantenere il conflitto intrapsichico					

Seduta 70 del 5/2/25 (un anno dopo)

A distanza di un anno è cambiata l'organizzazione caratteriale. Pur mantenendo in questa seduta una posizione transferale passiva in cui mi invita a essere più attivo di lui. L'aumento dell'attività del terapeuta può avere plurime manifestazioni come l'aumento delle domande e dei commenti, la produzione di interpretazioni intelligenti che il paziente ingurgita e in questo caso, contribuisce a creare la resistenza transferale che si struttura nell'enactment. Giovanni mi invita a incarnare il ruolo di un terapeuta onnipotente che *sa già ciò di cui lui ha bisogno*. La sua posizione è edipica, quella del bambino che non "tira fuori" pensieri, bisogni o idee dominato da un'angoscia di castrazione. Sulla base di questa valutazione clinica, per uscire dall'enactment, prendo una posizione contro proiettiva in cui lascio completamente a lui ogni commento, ogni movimento. La comprensione di questo pattern relazionale guiderà il mio ascolto e la direzione dei prossimi interventi terapeutici che riporto qui sotto.

Dopo 10 minuti, dice:

P: "Ho sognato un'altra poesia di cui purtroppo però ricordo sempre solo un pezzo -...*fioriranno rose a luglio e sarà un clamore di...*- e non si sa più cosa c'è dopo. Ho passato tutta la domenica a cercare di capire cosa fosse, cosa volesse dire visto che sono andato a cercare in che mese dell'anno fioriscono le rose; le rose fioriscono a maggio non a luglio, poi il pomeriggio ero con Enrico e mentre stavo con lui mi è venuta l'illuminazione. Enrico è di luglio! E quindi potrebbe essere quello, il significato è fioriranno rose, quindi una cosa bella a luglio, e sarà un clamore di non si sa cosa però insomma una festa una gioia. Tutto questo per dirti che mi sono sentito molto soddisfatto di me stesso [*mostra orgoglio per la sua capacità analitica e riflessiva, sta mostrando anziché nascondendo o proiettando la capacità su di me*]. Cioè o meglio, mi viene da ringraziare il mio inconscio perché è come se mi venisse in aiuto quando dico, non riesco, sono stanco e però sento che c'è qualcosa dentro che vorrei esprimere poi effettivamente quando dormo mi capita diverse volte che i sogni mi vengano in grande aiuto: sarebbe ancora più bello se riuscissi a ricordarli interamente. [*Si ascolta l'interferenza di un'istanza critica che tuttavia non sta impedendo di mostrare la sua soddisfazione*]

Ora nuovamente mi invita a prendere la direzione, essere la persona capace di pensare, di associare e lui, di conseguenza, accodarsi e sottomettersi alla mia presunta superiore conoscenza dei suoi processi interni. Mi accorgo di questo possibile enactment così resto fermo e continuo a rimandare a lui la direzione della terapia, frase dopo frase.

T: "Quali sono le difficoltà che senti che ti sono rimaste?"

P: (Resta in silenzio un minuto) "Allora diciamo che non è che ci sono delle difficoltà, sento che ci sono, cioè in realtà in questo momento non sento un

cazzo [*La parolaccia indica un rapido aumento dell'ansia e una difficoltà a contenere stati interni disturbanti*], però so, perché l'ho pensato nei giorni scorsi, che ci sono delle cose che voglio esplorare, che voglio capire oppure tu dici che deve esserci per forza una difficoltà?" [*Proietta nuovamente su di me la sua capacità riflessiva*] T: "No [*Blocco la sua proiezione*], però se non c'è una difficoltà non sapremo quale è lo scopo del tuo esplorare."

P: "Ok siamo tornati al punto di partenza possiamo cominciare intanto col cercare di capire perché io abbia questa difficoltà nel cercare di focalizzarmi su sul punto di partenza" [*Mostra consapevolezza del sistema difensivo che lo porta a nascondere le proprie difficoltà*]

T: "Come se ci fosse un meccanismo che ti porta a nascondere quali sono i tuoi bisogni" [*Valido la sua interpretazione*]

P: "La mia risposta istintiva è la pigrizia mentale, nel senso che se che se poi entro all'interno di qualcosa che potenzialmente può farmi stare male o anche solo necessitare di uno sforzo riflessivo mi affatica" [*Consapevolezza della posizione transferale passiva, il timore che qualcosa di doloroso possa emergere fa capolino*]

T: "Affascinante no? Perché è come se stessimo preparandoci a costruire una relazione in cui uno dei due sarà molto coinvolto e attivo, l'altro molto passivo e a traino" [*mostro il suo transfert passivo*]

P: "Spiegati un secondo, molto passivo a traino saresti tu?" [*Non comprende il mio commento. Non ho chiarito sufficientemente la posizione transferale perché possa riconoscerla meglio*]

T: "Sembra un modo che ha a che fare col coinvolgersi o il non coinvolgersi come se tu prendessi una posizione non coinvolta oggi"

P: "Perché può essere così secondo te? [*Proietta passivamente la sua capacità di pensare sul terapeuta*] La stanchezza e la pigrizia di una seduta può essere un fattore? "Cioè può essere una delle ragioni?" [*Difesa dell'intellettualizzazione*]

T: "Può darsi che tu stia invecchiando (ironico, entrambi ridiamo)" [*Mi riferisco a un suo commento di inizio seduta in cui parla della sua stanchezza da invecchiamento. La battuta ha lo scopo di non offrirgli una spiegazione psicologica, riproducendo l'enactment terapeuta saggio/paziente incapace, e creare una tensione interna perché lui risponda alle proprie domande*]

P: "Mi è venuta in mente questa cosa su cui ogni tanto rifletto e che mi sta molto sulle scatole, il fatto che almeno cinque/sei volte al giorno stavo pensando alla nostra relazione [*consapevole del transfert*] quando vedo una persona al lavoro; la prima cosa che mi dice è che mi odia, questa cosa sta cominciando veramente a starmi sulle scatole, quando vedo un paziente mi dice - io ti odio eh? - prima ancora di iniziare, odia la categoria. L'ho sempre presa a ridere però ultimamente mi sta cominciando a stare sulle scatole questa cosa, ogni tanto mi immagino di rispondere anch'io ai pazienti perché sicuramente non è un bel modo di iniziare una seduta, capisco perfettamente quello che vuol dire il paziente, in quel

contesto probabilmente prova paura e quindi odia la categoria diciamo e poi il paziente cosa fa con te? Si lascia fare contro voglia le cose di cui ha bisogno”.

T: “E cosa succede oggi?”

P: “Però non ho detto che ti odio”

T: “E’ vero non l’hai detto, dici che sei qua come un paziente spaventato di sentire male”

P: “Sì è vero, trasportandolo quello che succede a me la difficoltà forse per te doppia perché come se fossi l’ortopedico e dicessi al paziente - Inizierò a lavorare solo quando tu smetterai di avere paura- Come cazzo fai? E allora potremmo passare tutta la seduta dall’ortopedico a cercare di tranquillizzarti, a dirti che le cose andranno così e così ma non cambierà la cosa nella maggior parte dei casi almeno” [*Riconosce il prezzo della posizione transferale passiva e ostinata*].

In questo stralcio di seduta Giovanni mostra nuove capacità dell’Io. La gravità del Super Io si sposta dall’asse borderline della fragilità all’asse della resistenza in cui la persona affronta aspetti della propria esperienza interna senza la necessità di scindere e proiettare perdendo l’esame di realtà. Questo cambiamento ha portato ad una sua maggiore soddisfazione professionale e a un parallelo avanzamento di carriera, a partecipare a un corso di teatro e a scrivere poesie che pubblicherà; la sua vita relazionale adesso gode di un’intimità maggiore e sente nel ruolo di padre amore e protezione per Enrico. Una delle sue ultime considerazioni, in un momento di pieno affetto e dolore, è stata quella di aver realizzato che la sua famiglia di origine ha avuto molti traumi generazionali (suicidi, violenze fisiche e psicologiche) e pensando che ora, attraverso la psicoterapia e il suo impegno, che lo sta portando ad essere un genitore libero emotivamente, lui spezzerà un incantesimo, la ripetizione di un trauma alla generazione successiva.

Conclusioni

In una cornice psicodinamica, il lavoro sulla risposta del paziente attraverso i principi dell’ISTDP ha permesso la ristrutturazione del sistema difensivo e delle capacità dell’Io in un paziente che si presentava con una grave patologia del Super Io, con un livello di sviluppo Borderline che sentiva delle voci nella testa. Mantenere il focus sulla struttura difensiva, mentre parallelamente viene monitorata la capacità di contenimento dell’ansia disregolata, rende possibile vivere un’esperienza terapeutica non ri-traumatizzante ma un’esperienza emotiva correttiva (Sandor Ferenczi, Franz Alexander, Peter Fonagy, Clara Mucci), creando una relazione di attaccamento sicuro in cui si realizza un campo dinamico in cui la guarigione è possibile. Nella situazione descritta è stato necessario costruire

preliminarmente alcune capacità dell’Io: osservarsi, portare attenzione sugli stati emozionali interni, attenzione al proprio corpo, sviluppare così la capacità di mantenere l’attenzione, di comprendere la differenza tra stati diversi del sé per arrivare a conoscere la corretta causalità psichica. Questo ha promosso la distonia rispetto al sistema di difese e di resistenza transferale agevolando lo sviluppo di un contenitore più solido e flessibile in cui sono presenti funzioni riflessive e accudenti.

Nel mondo l’integrazione tra diversi modelli di psicoterapia è in corso, molti dati scientifici stanno cambiando il nostro modo di lavorare, arricchendo la nostra cassetta degli attrezzi. Il tipo di lavoro mostrato è un’elaborazione personale dei principi dell’ISTDP e del lavoro di Jon Frederickson. Non è ancora possibile conoscere gli sviluppi, le potenzialità che altri terapeuti riusciranno a sviluppare attraverso la propria storia, le proprie competenze e l’importante background psicoanalitico che ci è stato consegnato da chi ci ha preceduto, quali imprevedibili direzioni prenderanno le psicoterapie psicoanalitiche. Aspettiamo con curiosità e fiducia il futuro.

Bibliografia

- Abbass A., 2018, *Superando la resistenza*, Padova, Cleup Editore.
- Coughlin P., 2017, *Maximizing Effectiveness in Dynamic Psychotherapy*, New York, Routledge.
- Davanloo H., 1997, *Il terapeuta instancabile*, Milano, Franco Angeli Editore.
- Davanloo H., 1987, *Psicoterapia dinamica a breve termine*, Roma, Armando Editore.
- Frederickson J., 1999, *Psychodynamic Psychotherapy*, New York, Routledge.
- Frederickson J., 2013, *Co-Creating Change*, New York, Seven Leaves
- Frederickson J., 2017, *The lies we tell ourselves*, New York, Seven Leaves.
- Frederickson J., 2021, *Co-Creating Safety*, New York, Seven Leaves.
- Frederickson J., 2025, *Clinical Thinking in psychotherapy*, New York, Routledge.
- Freud S., 1937, *Analisi terminabile e interminabile*, Opere, Volume 11. Milano, Bollati Boringhieri.
- Laplanche J. e Pontalis J-B., 1993, *Enciclopedia della psicoanalisi* vol 2, Roma, Editori Laterza.

- Kuhn N., 2014, *Intensive short-term dynamic psychotherapy: a reference.*, Experient publications.
- Mc Williams N., 1999, *La diagnosi psicoanalitica*, Roma, Casa Editrice Astrolabio.
- Migone P., 2021, *La terapia psicodinamica è efficace?* Milano, Franco Angeli Editore.
- Schore A.L. , 2022, *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Parole chiave

ISTDP, Ansia inconscia, Transfert, Alleanza terapeutica inconscia, Enactment, Resistenza, Accesso ai sentimenti inconsci

Key words

Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, Unconscious anxiety, Transference, Unconscious Therapeutic Alliance, Enactment, Resistance, Breakthrough

Autore

Imerio Tonelli è uno psicologo psicoterapeuta di formazione psicoanalitica (modello Tavistock). È terapeuta, insegnante e supervisore in Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy. Lavora sia privatamente che al Servizio delle dipendenze di Aulla nella provincia di Massa Carrara.

Dottor Imerio Tonelli, via Cerri, 35 Aulla (MS)-www.istdpnordovest.it

Sintesi

In questo articolo viene descritto un percorso parallelo, quello personale come terapeuta che si è avvicinato all'ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy), il lavoro di integrazione tra modelli, attraverso la mia personale formazione psicoanalitica, e quello professionale nel lavoro con un paziente che soffriva di una forma grave di patologia del super Io che, come sintomo, aveva una voce nella testa che gli diceva: "Dovresti essere massacrato di botte!". Il lavoro di psicoterapia inizialmente si è focalizzato sull'elaborazione di memorie traumatiche che ha prodotto la scomparsa dei sintomi proseguendo poi più stabilmente sul lavoro nel transfert; in una seconda parte è affrontato il ruolo della

compiacenza che il paziente, nel passato, ha dovuto assumere per nascondere e preservare le proprie capacità e vitalità da un ambiente sofferente e disfunzionale per mantenere le relazioni significative, che si è presentata nella relazione terapeutica. Attraverso la sbobinatura delle sedute videoregistrate è stato possibile osservare un cambiamento strutturale: da un iniziale livello borderline di sviluppo in cui predominano tematiche legate all'abbandono e all'intrusione, in una persona traumatizzata che mostra scissioni, proiezioni, dissociazione primaria, identificazione proiettiva e compromissione transitoria dell'esame di realtà, si passa nel corso della psicoterapia a raggiungere un funzionamento all'interno del livello nevrotico dello sviluppo, in cui predominano ora tematiche edipiche e triangolari, con un esame di realtà integro e in cui le varie identificazioni patologiche con i propri oggetti interni sono in corso di elaborazione, sulla via del tramonto, verso la strada del ricordo.

Abstract

This article describes a parallel path, the personal one as a therapist who approached ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy), the work of integration between models, through my personal psychoanalytic training and the work with a patient who suffers from a severe form of superego pathology that, as a symptom, had a voice in his head that told him "you should be beaten to death!". The psychotherapy work initially focused on the processing of traumatic memories that produced the disappearance of the symptoms, then continuing more steadily on the work in the transference; in a second part, the role of compliance that the patient, in the past, had to assume to hide and preserve his own abilities and vitality from a suffering and dysfunctional environment to maintain significant relationships, which was presented in the therapeutic relationship, is addressed. Through the transcription of the videotaped sessions it is possible to observe a structural change: from an initial borderline level of development in which themes related to abandonment and intrusion predominate, in a traumatized person who shows splitting, projections, primary dissociation, projective identification and transitory impairment of reality testing, one passes in the course of psychotherapy to reaching a functioning within the neurotic level of development, in which oedipal and triangular themes now predominate, with an intact reality testing and in which the various pathological identifications with one's internal objects are in the process of being elaborated, on the way to sunset, towards the road of memory.