

L'esperienza che il terapeuta ha del paziente

Erica Bresadola

1° biennio «essere=Werfrage»:

“IL TERAPEUTA HA SOLO SE STESSO COME STRUMENTO DI LAVORO”

2° biennio «feeling/risuonare»:

**“GLI INCONSCI COMUNICANO”,
e i corpi sono la via regia per gli inconsci**

1° BIENNIO

“IL TERAPEUTA HA SOLO SE STESSO COME STRUMENTO DI LAVORO”

per incontrare “ericksonianamente” la persona che il paziente è,
dobbiamo incontrare prima e “veramente”
la persona che noi siamo.

Si lavora su «essere=Werfrage»:

1 - (2016/2017) le nostre motivazioni

(perché sono qui? = chi è il paziente per me?)

2 – (2017/2018) le nostre coordinate spazio/tempo

(chi sono io qui e adesso?)

2° BIENNIO

**“GLI INCONSCI COMUNICANO”,
e i corpi sono la via regia per gli inconsci**

sensazioni fisiche, emozioni, affetti, sentimenti, immagini, pensieri, ...
vissuti dal terapeuta nell'incontro con il paziente.

Si lavora sui nostri strumenti/limiti/risorse per:

- 1 – (2018/2019) «co-costruire» la relazione terapeutica
(cosa provo io, qui e ora, in questa relazione?)
- 2 – (2019/2020) «sentire» il paziente
(cosa provo io, qui e ora, con questo paziente?)

L'esperienza che il terapeuta ha del paziente

Erica Bresadola

4° anno:

2015/2016 (1°anno):

«chi è il paziente per me?»

3° anno:

2016/2017 (2°-1°anno):

«chi sono io qui e adesso?»

2018/2019 (3° e 4° anno):

«gli inconsci comunicano
attraverso i corpi:
co-costruzione della
relazione terapeutica»

2018/2019 (2° e 1° anno):

«chi è il paziente per me?»

2019/2020 (4° e 3°anno):

«gli inconsci comunicano attraverso i corpi:
osservare e sentire il corpo del paziente nel proprio»

Rapport ericksoniano

1. “radicarlo” **teoricamente**:
Buber, Alexander, Rogers, Borgna, Fossage, Searles, D.Stern, Helderich
2. “radicarlo” **empiricamente**:
 - nelle **neuroscienze** (Shore, BCPSG, Damasio, Gallese, Ammaniti)
 - nell'**Infant research** (Tronick e BCPSG)
3. Maturare una **lettura critica**:
 - di transfert e controtransfert:
(Racker,1959-Searles, 1972-Fosshage,1995-Greenberg, Mitchel,2000-Gill,1994-Gabbard,1995-Stern,2005-Helderich,2008-BCPSG,2010)
 - della stessa lettura critica (Eagle, 2000)

Assunti di base (teorico-concettuali)

1. principio dialogico dell'esistenza e dello sviluppo dell'uomo:
«all'inizio è la relazione»-«L'uomo si fa IO nel TU» (**Buber**, 1923)
2. la psicoterapia considerata una
“esperienza emozionale correttiva” (**Alexander**, 1946)
3. l'efficacia della relazione terapeutica offerta,
più che delle diverse tecniche utilizzate
4. le condizioni di **Rogers** (1970)
relative al terapeuta e alla relazione
5. La circolarità ermeneutica (**Borgna**, 2000)
6. L'infant research e la regolazione emotiva (**E.Tronick**, 2008)
7. Intersoggettività e momento presente (**Stern**, 2005, 2016)

Svolta relazionale

1. Dalla psicologia mono-personale a quella **bi-personale**
2. Dalla lettura pulsionale e conflittuale della natura umana alla lettura **motivazionale**
3. **Intersoggettività** = motivazione primaria ontologicamente e neurologicamente fondata
4. **Memoria implicita** = co-costruita attraverso micro-interazioni diadiche, create congiuntamente da madre e bambino, che danno forma al cervello e determinano l'evoluzione emotiva, sociale, rappresentazionale del bambino
5. **Impulso psicoterapeutico innato**
6. **Il controtransfert precede il transfert**

Ricerche empiriche

1. Neuroscienze:

Shore: «comunicazioni affettive tra cervelli destri»

Damasio: il senso primario del sé è motorio e affettivo
«mente incarnata»

Gallese: neurobiologia interpersonale

Ammaniti: «simulazione incarnata»

2. BCPSG: «comunicazione implicita ed esplicita»

3. Infant research: still face e regolazione emotiva

Tronick: Teoria dei sistemi dinamici applicata a livello
micro-temporale

e MRM = modello di regolazione reciproca

Stern: momento presente = unità di elaborazione
fondamentale nella co-creazione dell'intersoggettività +
forme vitali.

Conoscenza relazionale implicita

“Modelli operativi interni” (Bowlby, 1973)

“Conosciuto non pensato (del paziente)” (Bollas, 1987)

“Inconscio preriflessivo” (Stolorow, Alwood, 1992)

“Involucri proto-narrativi” e “schemi di essere con” (Stern, 1995)

“esperienza non formulata” (Stern, 1997)

“esperienza pre-riflessiva, passiva dell’altro, incorporato ” (Thompson, 2001)

“rappresentazioni procedurali, procedure relazionali implicite”

(K.Lyons-Ruth, 2008)

“inconscio procedurale non dinamico” (K.Lyons-Ruth, 2008)

- non-conscia, non simbolica, preverbale,
- co-costruita nella relazione con i caregiver,
- i **cambiamenti** avvengono attraverso “**momenti di incontro**”,
“**espansioni diadiche dello stato di coscienza**”
- che modificano **tutto il sistema (teoria dei sistemi dinamici)**

Conoscenza relazionale implicita o procedurale costituita da:

- **“Momento presente”**
Elemento fondante di ogni esperienza relazionale
oggettivamente: “cronos”, 1/10 (media 3/4) secondi,
soggettivamente: “kairos”, tripartito (passato, presente, futuro)
- **“Momenti ora” (“Kairos”)**
“momento presente” di “verità”, “illuminato” sul piano soggettivo, affettivo e
relazionale: soglia di una possibilità emergente nella relazione implicita
- **“Momento di incontro” (viaggio affettivo condiviso)**
“momento ora” colto e compreso da entrambi, che contribuiscono attivamente a
modificare/espandere lo stato diadico.
- **“Spazio aperto”**
dopo i “momenti di incontro”, la variazione dell’ambiente intersoggettivo
richiede ad entrambi riorganizzazione e possibilmente creatività.

psicoterapia:

“esperienza emotiva micro-correttiva”

Daniel Stern:

- **Momento presente:**

- a. Momento **presente**: micro-unità base di ogni esperienza soggett.-relaz.
- b. Momento **ora**: “momento presente” di “verità”, “illuminato”
- c. Momento di **incontro**: “momento ora” colto e compreso da entrambi
- d. Spazio **aperto**: riorganizzazione creativa del campo intersoggettivo

- **Forme vitali = Gestalt globali = esperienze dinamiche olistiche composte da una pentade dinamica fondamentale:**

- a. **Movimento** (intrinseco in ogni forma vitale), che si sviluppa in:
- b. **Tempo** (profilo = inizio, svolgimento, fine)
- c. **Forza** (percezione o attribuzione di forze «sottostanti» o «interne»)
- d. **Spazio** (fisico e psicologico: pensieri, emozioni, sensazioni)
- e. **Direzione/intenzione** (motivazione intersoggettiva primaria)

Letture critica del «controtransfert»

Interazione paziente-terapeuta:

- anche il terapeuta partecipa attivamente insieme al paziente e in egual misura alla costruzione della relazione terapeutica
- Il terapeuta non può fare a meno di reagire al paziente con una sua modalità personale.
- Il controtransfert, non più ostacolo, ma:
strumento indispensabile,
sorgente fondamentale di informazioni sul paziente

Esperienza che il terapeuta ha del paziente

(Fossage, 1995)

Letture critica del «controtransfert»

La soggettività del terapeuta è una basilare fonte motivazionale e influenza strutturante nel processo terapeutico.” (Helferich, 2008, pag. 92)

Ecco perché diventa irrinunciabile conoscere a fondo lo strumento di lavoro che noi siamo, per non rimanere “vittime” passive della nostra storia e delle nostre difese e rendere tali anche i nostri pazienti.

Così raccomandava già Ferenczi (nel 1927):

«è necessario che “l’analista conosca e sappia padroneggiare le più nascoste debolezze della propria personalità.»

4° Manifesto Teorico-Didattico (2015)

«Non devi chiedermi nulla quando
io mi in-tuo
e tu ti in-mii
perché sappiamo già tutto di entrambi
e insieme stiamo bene.»

parafrasando Dante Alighieri, Paradiso Canto IX

Psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana

- privilegia l'aspetto relazionale e comunicativo,
- è diretta all'emisfero destro, il **cuore**, il **corpo** centrale della nostra **emotività** e **affettività**,
- è diretta appunto alla **memoria implicita** (procedurale),
- dunque al nostro modo di **essere** e **stare** con **noi** stessi e nelle nostre **relazioni** interpersonali.

Il terapeuta neo-ericksoniano

deve “sintonizzarsi” con il paziente sia emotivamente che fisicamente

1. in modo che il paziente si senta al **sicuro** e riesca a **fidarsi** e **affidarsi** alla voce del terapeuta come da bambino si fidava e affidava al genitore,
2. in modo da poter **riattivare le sue prime esperienze di relazione corporea** (di connessione degli emisferi destri con la figura materna o di accudimento)
3. per **trasformare le esperienze passate**, ovvero modificare le **connessioni neuronali** queste devono essere riscritte o sostituite da una nuova esperienza che ne ricalchi la struttura e le dinamiche temporali.

potere trasformativo a livello “corporeo”/neuroplastico della relazione terapeutica

il linguaggio verbale, le parole
“non sono simboli disincarnati,
ma sono **percorsi**
dentro l’**esperienza diretta incarnata**
che funziona **implicitamente**,
e viceversa.”

Questo può spiegare il potere evocativo
delle parole e delle storie.
Le viviamo in modo virtuale”

(BCPSG, 2012, pag.141)

potere trasformativo a livello “corporeo”/neuroplastico della metafore in ipnosi

Rapport = relazione terapeutica

Sintonizzazione emotiva e fisica

«comunicazione affettiva di cervelli destri»

«ri-genitorializzazione *micro-correttiva*»

**Corrispondenza tra forme vitali multimodali e multisensoriali =
= sintonizzazione affettiva**

«ri-genitorializzazione micro-correttiva»

Regolazione psicobiologica dello stato emotivo:

1. sintonizzazione, co-costruzione inter-corporeità
2. «utilizzazione» tracce mnestiche emisfero destro
3. «regolazione» delle forme vitali delle tracce mnestiche

(teoria dei sistemi dinamici + selezione gruppi neuronali)

Intersoggettività = condivisione

Empatia: —————→ **Sintonia:**
sentire «dentro» —————→ sentire «con»
«simile a me» —————→ «con me»
«cosa» —————→ «come»

**Musicalità comunicativa =
= condivisione del flusso vitale dinamico**

Linguaggio

Parola incarnata
Cognizione incarnata

Linguaggio = intreccio:

attraverso:

1. Intenzione
2. Momento presente
3. Attivazione simultanea
linguaggio–movimento/percezione

Esplicito:

Cognitivo,
Riflessivo,
razionale
verbale

Implicito:

emotivo,
corporeo,
relazionale

«Neurobiologia interpersonale» + «cognizione motoria»

Linguaggio

1. Metafora primaria
2. Concetti cinestesici
3. Immagine/gesto
4. Contesti non verbali

**implicito/corporeo/
relazionale/emotivo**

mente incorporata + simulazione incarnata

Linguaggio e esperienza corporea

Verbale

(«cognizione incarnata»)

- 1. Metafore primaria:**
modelli mentali incarnati
esperienze senso-motorie
dei nostri corpi
- 2. Concetti cinestesici:**
scopriamo noi stessi e il
mondo attraverso il
movimento

Non-verbale (forme vitali)

- 3. Forme corporee del parlato:** prosodia =
elem. paraverbali, motivo,
sloppy, immagine, intenzione
- 4. Contesti non verbali e relazionali:**
l'incontro di 2 memorie
implicite che vivono il dialogo
del proprio «momento
presente» crea un esa-logo

incarnare le parole e
abitare mentalmente i movimenti spazio-temporali

Esa-logo

nell'incontro delle memorie implicite ter/pz

Il “momento-ora” e il “momento di incontro”
proiettano i partecipanti nell'esperienza presente.

Ciascuno:

- **Vive** in prima persona un frammento di realtà in divenire
- **Legge** nel comportamento dell'altro un riflesso di questa esperienza.

Le loro menti si uniscono in un ciclo di rientro:

la coscienza intersoggettiva

“Triálogo” nel momento presente

- **Presente agisce sul passato:**

- seleziona, assembla, organizza i frammenti del passato,
- modifica il processo di selezione
- ogni nuovo presente riscrive le tracce neurali precedenti;

- **Passato agisce sul presente:**

- passato silenzioso come frattale,
- passato “vivo”:
“espansione”, progressioni relazionali, rappresentazione multitemporale;

- **Futuro:**

è il risultato della rigenerazione reciproca di presente e passato

Il passato

configura il momento presente attraverso le limitazioni delle **conoscenze relazionali implicite** di entrambi i partner.

I saperi impliciti includono aspettative:

- del passato **individuale** (e transgenerazionale) di entrambi,
- della loro storia **congiunta** di incontri.

Essere nel presente CON il proprio passato!

Essere nel presente CON il proprio passato

- Riletto e risignificato attraverso «ogni momento presente» meglio ancora «ogni momento ora» che ne illumina di luce nuova e diversa alcuni aspetti, selezionati, organizzati, assemblati in modo sempre diverso
- Soprattutto per il **terapeuta**:
NON trascurare il passato per il proprio presente!
- Soprattutto per il **paziente**:
NON trascurare il presente per il proprio passato!

Futuro

risultato della rigenerazione reciproca di presente e passato.

**Perché le esperienze passate
possano trasformarsi,
devono essere riscritte o sostituite
da una nuova esperienza
che ne ricalchi
la struttura e le dinamiche temporali.**

In psicoterapia

Il dialogo tra mente e corpo
che caratterizza l'esperienza implicita,
insieme all'elaborazione verbale e riflessiva,
dà molte informazioni sulla dimensione implicita
e permette la condivisione dello spazio intersoggettivo

Voce

il timbro della voce identifica ogni persona come un'impronta digitale, quindi ci mette in contatto con la sua struttura di personalità (“per sona” = attraverso i suoni), i toni (e la loro gamma), il volume, il ritmo, la velocità, l'inflessione, le modulazioni, la musicalità, ecc. ... ci danno indicazioni sull'apertura o chiusura della gola (e mascella e lingua) e del respiro, quindi su umore, emozioni, sentimenti, blocchi/costrizioni o libertà, sull'assertività e sulla direzione dell'aggressività, sulla sintonicità o distonicità rispetto al corpo, all'età, al ruolo, ai contenuti verbali portati, ecc.

Lo sguardo e l'espressione degli occhi ("lo specchio dell'anima"):

- umore,
- energia: in termini di
 - quantità, qualità e dei suoi cambiamenti repentini),
 - orientamento (verso l'interno o verso l'esterno),
- apertura o chiusura rispetto all'interno e all'esterno,
- capacità/disponibilità al contatto e al tipo di contatto (supplichevole, esigente, penetrante, controllante, dominante, sfidante, seduttivo, desideroso, erotico, ecc.)
- sintonicità o distonicità rispetto al resto del corpo e/o ai contenuti verbali portati.

Postura e movimento

Ci parlano della struttura muscolo/scheletrica e psicologica, che sono espressioni dell'apparato muscolare che può fermare o far passare gli **stimoli** (interni ed esterni), che può bloccare o favorire **l'autoespressione** in tutte le sue declinazioni.

Ecco perché la struttura muscolo/scheletrica esprime la **struttura caratteriale**

Respiro

Il respiro ci dice dell'incontro con le proprie viscere, quindi della libertà o meno di stare nelle proprie emozioni.

Il ritmo respiratorio, esprime il modo di integrare gli opposti: l'attività, l'aggressività nell'inspirazione, la passività, la capacità di lasciarsi andare, di abbandonarsi nell'espiazione; la solidità nella fase espansiva, e la flessibilità nella fase espulsiva.

Possiamo anche sentire la forma di piacere che si predilige o che sta vivendo: quella fusionale dell'abbandonarsi o quella differenziante del combattere.

Possiamo sentire molte cose del rapporto tra interno ed esterno, tra prendere e dare.

Fühlen

- Sintonizzare il respiro con quello del paziente e assumere la sua postura, ci permette di sentire (fühlen) il nostro paziente prima di cercare di capirlo (verstehen).
- Fin dal nostro primo incontro ci dobbiamo fermare su questo fühlen (“sentire”), attraverso respiro e postura. (Geloso, 2006)
- 1- Innanzitutto dobbiamo sentire l’effetto corporeo che questo paziente ci fa, sentire come stiamo a livello corporeo quando siamo con lui (riconoscere le nostre **sensazioni corporee**).
- 2- Poi sentire l’**emozione** collegata a questo vissuto corporeo (per esempio: paura, rabbia, disperazione)
- 3- E riconoscere gli **affetti**, i **sentimenti** che le emozioni e le sensazioni corporee che proviamo muovono in noi.
- 4- Infine lasciar emergere dal nostro inconscio le **immagini** spontanee.
- In questo modo il nostro stare con il paziente integra gli aspetti fisici, emotivi, affettivi e cognitivi che viviamo stando con lui.
- In altre parole, in questo modo noi utilizziamo anche il nostro corpo come via regia verso il nostro inconscio, che comunica del tutto naturalmente e inevitabilmente con quello del paziente

il linguaggio ipnotico, per essere efficace, deve **prendere corpo**, in un **caldo, profondo, autentico incontro interpersonale tra terapeuta e paziente**. Dunque è irrinunciabile che il terapeuta ...

... riesca a lasciar entrare nelle pieghe più profonde e antiche del suo corpo parole, prosodia e linguaggio corporeo del suo paziente, per poterli “abitare”, vivere, far risuonare dentro di sé e raggiungere così con lui una sintonia corporea/mentale di sensazioni e emozioni;

... “abiti” con la stessa presenza autentica, profonda e “corporea” la relazione e il contesto (non verbale e ambientale);

... sia ancorato al profondo del suo corpo e lì cerchi e trovi quelle “parole corporee”, che emergano spontaneamente dal “movimento” interiore suscitato dal paziente, le “abiti” e le comunichi sempre con presenza autentica, profonda e “corporea” (cioè con totale congruenza tra verbale, para-verbale e non verbale);

... riesca così a far vibrare dentro di sé, nel suo corpo e nella sua mente, e con piacere profondo, quelle corde che con le sue parole e i suoi gesti vuole far vibrare con piacere nel corpo e nella mente del suo paziente;

... sia cioè aperto, attento e ricettivo tanto ai segnali che provengono dal mondo interno e corporeo del suo paziente, quanto a quelli che provengono dal suo;

... riesca così a dare corpo alle parole e parole alle sensazioni ed emozioni corporee.

... abbia piena e totale fiducia nell’incontro trasformativo per entrambi (momento di incontro, espansione diadica dello stato di coscienza);

... sia cioè aperto e disponibile a lasciarsi trasformare profondamente, affinché una trasformazione altrettanto profonda avvenga nel suo paziente; (Bresadola, Atti XVII Congr. Naz. AMISI, Rivista anno 38°n°2 apr.2018, pag.169)

Esperienza in coppia (39 min.)

- **2 min.:** Rimanendo al proprio posto, ciascuno individualmente si centra su di sé
- **1 min.:** Creare una diade terapeuta-paziente
- **2 min.:** Ciascuno individualmente si centra su di sé e sul proprio vissuto dell'altro nella diade
- **10 min.:**
Interazione verbale: il/la pz parla del suo momento presente e il/la ter interagisce con poche parole e gesti, che esprimano la sua risonanza interna del/della e con il/la pz
- **3 min.:**
ciascuno individualmente annota proprie sensazioni, emozioni, affetti, immagini, pensieri, ricordi, ... rispetto a sé, al/alla pz o al/alla ter e alla relazione
- **10 min.:** Interazione verbale invertendo i ruoli
- **3 min.:**
ciascuno individualmente annota proprie sensazioni, emozioni, affetti, immagini, pensieri, ricordi, ... rispetto a sé, al/alla pz o al/alla ter e alla relazione nel nuovo ruolo
- **8 min.:**
restituzione nella diade delle 4 esperienze

Esperienza in coppia

**Rimanendo al proprio posto,
ciascuno individualmente si centra su di sé:**

1. Come mi sento (testa, cuore, pancia, corpo ...) io nel **mio qui ed ora (momento presente)**?
Cerco di incontrarmi ed accogliermi così come mi sento, sciogliendo le eventuali contratture, espandendo il respiro, anche con la respirazione addominale, cercando la mia «comodità» in me stesso (testa, cuore, pancia, corpo ...)
2. Come mi sento (testa, cuore, pancia, corpo ...) rispetto alla prossima esperienza di **coppia**?
Come mi sento immaginandomi nel ruolo del **terapeuta**? Chi è il paziente per me?
Come mi sento immaginandomi nel ruolo del **paziente**? Chi è il terapeuta per me?
Come mi sento immaginandomi nella **relazione** terapeuta/paziente come terapeuta?
Come mi sento immaginandomi nella relazione terapeuta/paziente come paziente?
Cerco di incontrarmi ed accogliermi così come mi sento, sciogliendo le eventuali contratture, espandendo il respiro, anche con la respirazione addominale, cercando la mia «comodità» in me stesso (nel mio corpo e nella mia psiche)

Esperienza in coppia

1. Terapeuta e paziente seduti uno/a di fronte all'altro/a, si guardano e si «sentono»:
2. Il/la **paziente** parla per 10 min. di come si sente (mente, cuore, pancia), narra di sé nel «qui e ora» e cerca di sentire il suo stare «corporeo» nella relazione con se stesso e con il/la terapeuta
3. Il/la **terapeuta** “sente” se stesso/a mentre ascolta le parole e «sente» la presenza del/della paziente (con se stesso/a, con lui/lei, nella relazione):
lascia emergere e comunica con poche e semplici **parole** e movimenti, ciò che il/la paziente (con parole e presenza) muove dentro di lui/lei.
4. Il/la **paziente** «sente» se stesso, mentre ascolta le parole e «sente» la presenza del/della terapeuta (con se stesso/a, con lui/lei, nella relazione):
lascia emergere e comunica con poche e semplici **parole** e movimenti, ciò che il/la terapeuta (con parole e presenza) muove dentro di lui/lei.
5. **annotare** sensazioni, emozioni, affetti, immagini, pensieri, ricordi, ...rispetto a sé, al/alla pz o al/alla ter e alla relazione

Esperienza in coppia

Durante il «**dialogo**» ciascuno «**senta**»:

- come il corpo dell'altro risuona nel proprio (postura, movimenti, respiro, sguardo,);
- come risuona nel proprio corpo e nella propria mente ciò che l'altro narra e come lo narra;
- tutto se stesso nell'ascolto, nell'osservazione dell'altro e nella sintonizzazione con l'altro (=comunicazione corporea)
- Come ciascuno si sente mentre emergono e mentre pronuncia le proprie parole e i propri gesti, ... come vive se stesso e l'altro ...

Annotare accuratamente tutto del proprio vissuto di sé, dell'altro/a e della relazione

Esperienza in coppia

attenzione ad ogni micro-reazione propria

mi accorgo di ciò avviene in me? Cosa incontro di me:

1. quando osservo/ascolto e “sento” l’altro?
2. Quando ascolto e lascio entrare nel mio profondo parole e movimenti dell’altro?
3. Quando lascio emergere e pronuncio le mie parole?
4. Quando cerco di sentire il delta tra parole altrui e movimenti/parole miei?
5. Tra movimenti/parole miei e movimenti/parole altrui?

Esperienza in coppia

Cosa riesco a sentire/riconoscere della mia e altrui conoscenza meta-procedurale/memoria implicita?

- 1 - “come lavoriamo insieme” = “ripariamo così le mancate corrispondenze”
- 2 - “come mi sento nella relazione”

**Entrambi, terapeuta e paziente,
“portano” parimenti nelle relazioni successive:**

- il processo di regolazione reciproca
- il proprio modo di sentire il Sé nella relazione
- trasmissione transgenerazionale degli stili di attaccamento
- eredità epigenetica transgenerazionale

Infusioni rappresentazionali e trasferimento transgenerazionale/«interpersonale»

Lo stato affettivo della **madre**,
diversamente da quello del **bambino**, non è

- né puro (legato al momento),
- né legato solo alla sua esperienza del **figlio**,

ma determinato da rappresentazioni
dinamiche (infusioni rappresentazionali)
che il **figlio** deve elaborare.

Tronick, 2008

Lo stato affettivo del **terapeuta**,
esattamente come quello del **paziente**, non è

- né puro (legato al momento),
- né legato solo alla sua esperienza del **paziente**,

ma determinato da rappresentazioni
dinamiche (infusioni rappresentazionali)
che il **paziente** deve elaborare.

(parafrasi di Bresadola)

Esperienza in coppia

- Riesco a vivere, sentire e riconoscere i «**momenti ora**» miei e altrui?
- Quali **sensazioni** mie mi permettono di riconoscerli in me e negli altri?
- Riesco a creare, vivere, sentire e riconoscere i «**momenti di incontro**»?
- Quali **sensazioni** mie mi permettono di riconoscerli in me e negli altri?

Letture critica del «controtransfert»

Interazione paziente-terapeuta:

- anche il terapeuta partecipa attivamente insieme al paziente e in egual misura alla costruzione della relazione terapeutica
- Il terapeuta non può fare a meno di reagire al paziente con una sua modalità personale.
- Il controtransfert, non più ostacolo, ma:
strumento indispensabile,
sorgente fondamentale di informazioni sul paziente

Esperienza che il terapeuta ha del paziente

(Fossage, 1995)

Controtransfert: evoluzione storica

- In Freud: vissuto del terapeuta in **risposta al transfert** del paziente e **ostacolo** nella terapia (fino anni '40/'50)
- Racker (1953): «dobbiamo ... sforzarci di superare i nostri stessi ideali infantili in maniera più completa, accettando con minori riserve il fatto che **siamo ancora bambini e nevrotici**, anche se siamo adulti e analisti»
- Evolvendo il concetto «si è progressivamente ampliato fino a includere tutto il vissuto della situazione analitica da parte del terapeuta (non solo i suoi elementi nevrotici), e fino a distinguere il **controtransfert** del terapeuta dalle varie sfumature ed espressioni in cui esso **si attua nell'incontro concreto con i vari pazienti.**» (Helferich, 2018, pag. 118)
- Fosshage (1995): «**Esperienza che il terapeuta ha del paziente**» e della situazione terapeutica
- Si è anche «arrivati a capovolgere l'impostazione freudiana originaria, affermando che il **controtransfert precede** il transfert, in quanto presupposto tout court, che rende possibile che la terapia abbia luogo.» (Helferich, 2018, pag. 118)
- De Urtbey (2006) lo definisce «**controtransfert di accoglimento**» in quanto disposizione generale del terapeuta ad accogliere il paziente. Analogamente Ferlini lo definisce «**controtransfert aprioristico positivo eccedente**».
- Alla base di questa disposizione sta il **desiderio originario del terapeuta di guarire**: «guarire chi?»
- La risposta alla questa domanda prima era il paziente, oggi, **liberati dal «mito dell'analista sano»** (v. Racker già nel 1953), l'oggetto della guarigione è tanto il paziente (che può rappresentare figure del mondo interno del terapeuta, per es. i genitori) quanto il terapeuta stesso. (**Il guaritore ferito**. La vulnerabilità del terapeuta, 2008)
- Infine Searles (1972) e Carotenuto (1986) riconoscono **l'istinto psicoterapeutico primario**: come il bambino, che ha bisogno di genitori compiuti e soddisfacenti per lui (perché da loro dipende la sua sopravvivenza), compie sforzi "terapeutici" verso di loro, così il paziente compie sforzi per rendere compiuto e soddisfacente il proprio terapeuta.
- «**Il paziente come terapeuta del suo analista**» (Searles, 1972) con i suoi sforzi psicoterapeutici, e anche con il nutrimento che gli dà con il suo desiderio di essere importante per il suo terapeuta. «Il paziente costituisce il suo guscio materno protettivo» (Searles, 1979, pag.290)

Letture critica del «controtransfert»

Interazione paziente-terapeuta:

- anche il terapeuta partecipa attivamente insieme al paziente e in egual misura alla costruzione della relazione terapeutica
- Il terapeuta non può fare a meno di reagire al paziente con una sua modalità personale.
- Il controtransfert, non più ostacolo, ma:
strumento indispensabile,
sorgente fondamentale di informazioni sul paziente

Esperienza che il terapeuta ha del paziente

(Fossage, 1995)

Nuova concezione di «controtransfert»

(Racker, 1968)

Versione più “forte”:

Pensieri, sentimenti che emergono nel terapeuta
(ben identificato col paziente e con un grado di rimozione minore)
sono esattamente quelli che emergono nel paziente
(il rimosso e l'inconscio)

Versione più “debole”:

Risposta emozionale al transfert,
dunque può indicare al terapeuta ciò che sta avvenendo nel paziente
(anche nel rapporto con lui e con la terapia).

Lettura critica della lettura critica

(Eagle, 2000)

- **Pericolo** che il terapeuta consideri i propri sentimenti come qualcosa che gli è stato “messo dentro” dal paziente (Gill,1994),
- **confondendo** i suoi sentimenti con quelli del paziente (Spillius,1992),
- fino ad **accusare** il paziente delle sue difficoltà controtransferali (Gabbard, 1995),
- tornando quindi al concetto di **identificazione proiettiva**: terapeuta virtualmente vuoto, ricettacolo o contenitore di ciò che il paziente gli proietta contro (Gabbard, 1995):

Versione più sottile dell'analista
come “**schermo bianco**” o “specchio”.

Versione nuova della psicologia **mono-personale**:
attenzione sul terapeuta

Letture critica della lettura critica

(Eagle, 2000)

Piuttosto che pensare alla completa identità di pensieri e sentimenti tra paziente e terapeuta è più verosimile riconoscere che essi **si stanno muovendo nello stesso ambito emozionale**, per non ignorare (o banalizzare) le reazioni e i contributi fortemente **personalizzati che ciascuno dei due porta nella relazione.**

Lettura critica della lettura critica

(Eagle, 2000)

- **Controtransfert e empatia:**

la comprensione empatica è sempre solo parziale, in quanto include sempre e soltanto la prospettiva individuale di chi la sta provando

- **Identificazione concordante:**

il terapeuta si identifica con l'Io e l'Es del paziente (simile all'empatia)

- **Identificazione complementare/proiettiva:**

il paziente proietta sul terapeuta suoi oggetti interni, con cui il terapeuta si identifica (= identificazione introiettiva, ruolo assegnato, risonanza di ruolo, "ciò che il paziente trascina il terapeuta a fare"):

es.: risentimento in risposta alla rabbia del paziente =

= **reazione umana che va consapevolizzata e compresa (prima nel mondo interno del ter., poi nella relazione col pz.) e utilizzata per offrirgli un'esperienza emozionale correttiva**

Letture critica della lettura critica

(Eagle, 2000)

- Attenzione a ciò che avviene nel terapeuta mentre sta con il paziente.
- Attenzione agli “indizi” che entrambi e parimenti disseminano nella relazione.
- Assumersi la responsabilità del proprio controtransfert.

Il controtransfert non è un mezzo certo per la comprensione del paziente, ma un mezzo per comprendere il terapeuta!



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

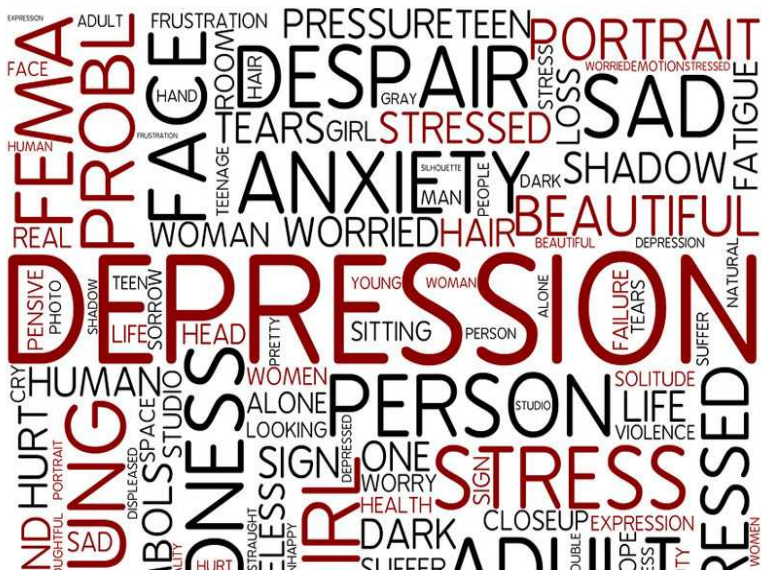
Depressione e Microbiota: l'Asse Intestino-Cervello. Quali correlazioni?

Dott.ssa Alessia RENOLFI
Mail: alessiarenolfi@gmail.com

La Depressione

Il disturbo mentale più diffuso: più di 320 milioni di persone affette nel mondo, di cui circa 3 milioni in Italia

Il Disturbo Depressivo Maggiore e la depressione sottosoglia, differenze e trattamento

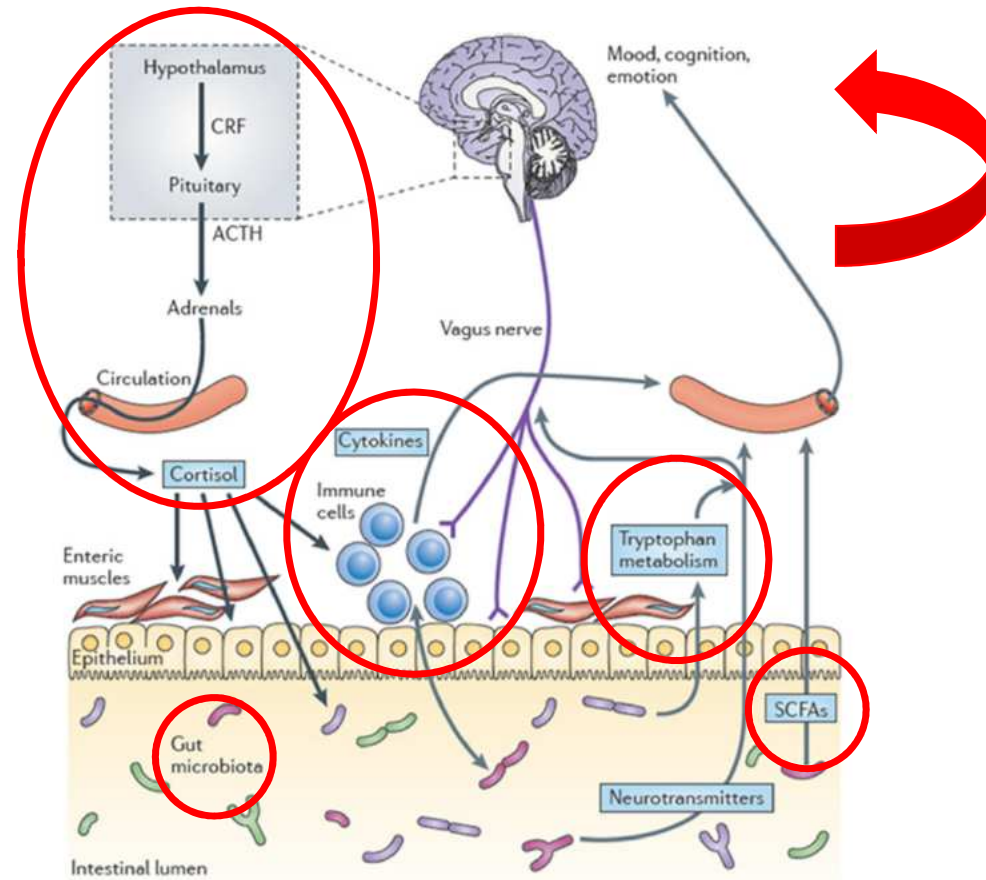


I fattori di rischio e le alterazioni neurobiologiche:

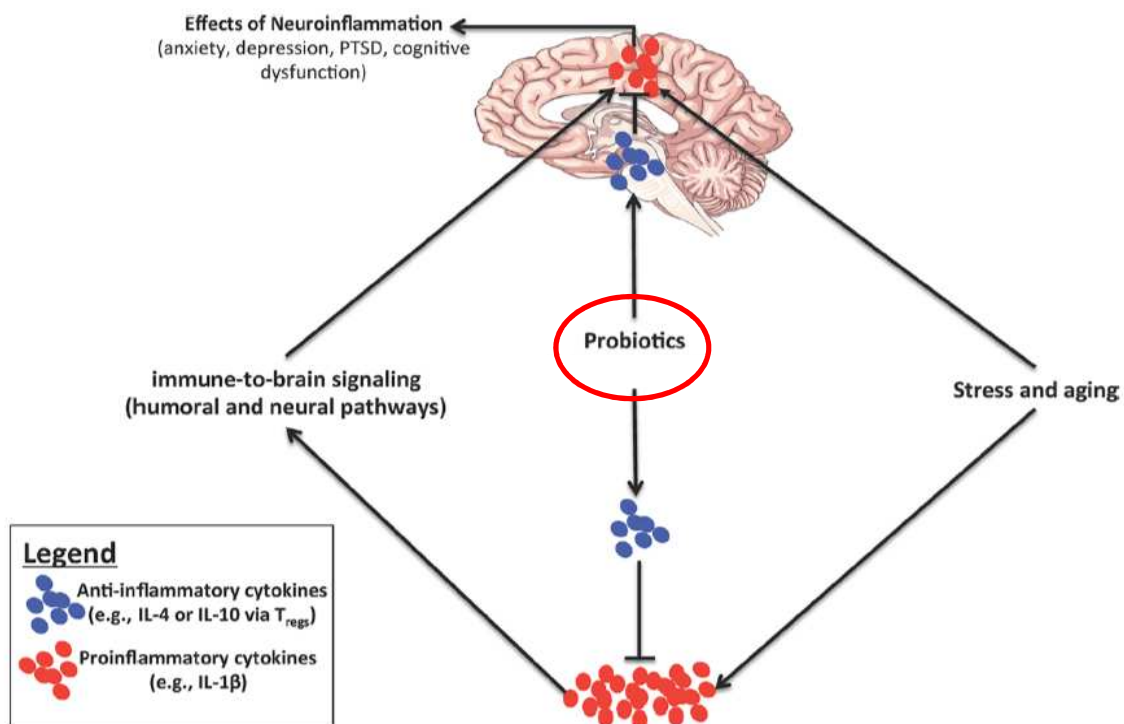
- La genetica, i fattori psicologici individuali, la storia clinica e psicologica
- Le alterazioni neurotrasmettitoriali
- Le alterazioni anatomiche, cellulari e dell'attività cerebrale

La novità: l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, il sistema immune e l'asse intestino-cervello

L'infiammazione e la depressione



I Probiotici e l'asse Intestino-Cervello



“Microorganismi vivi che, quando somministrati in adeguate quantità, conferiscono benefici alla salute dell’ospite” (FAO, WHO; 2001)

Gli studi preclinici e clinici:

- Down-regolazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene
- Riduzione dell’inflammazione
- Normalizzazione del metabolismo del triptofano
- Miglioramento dell’umore

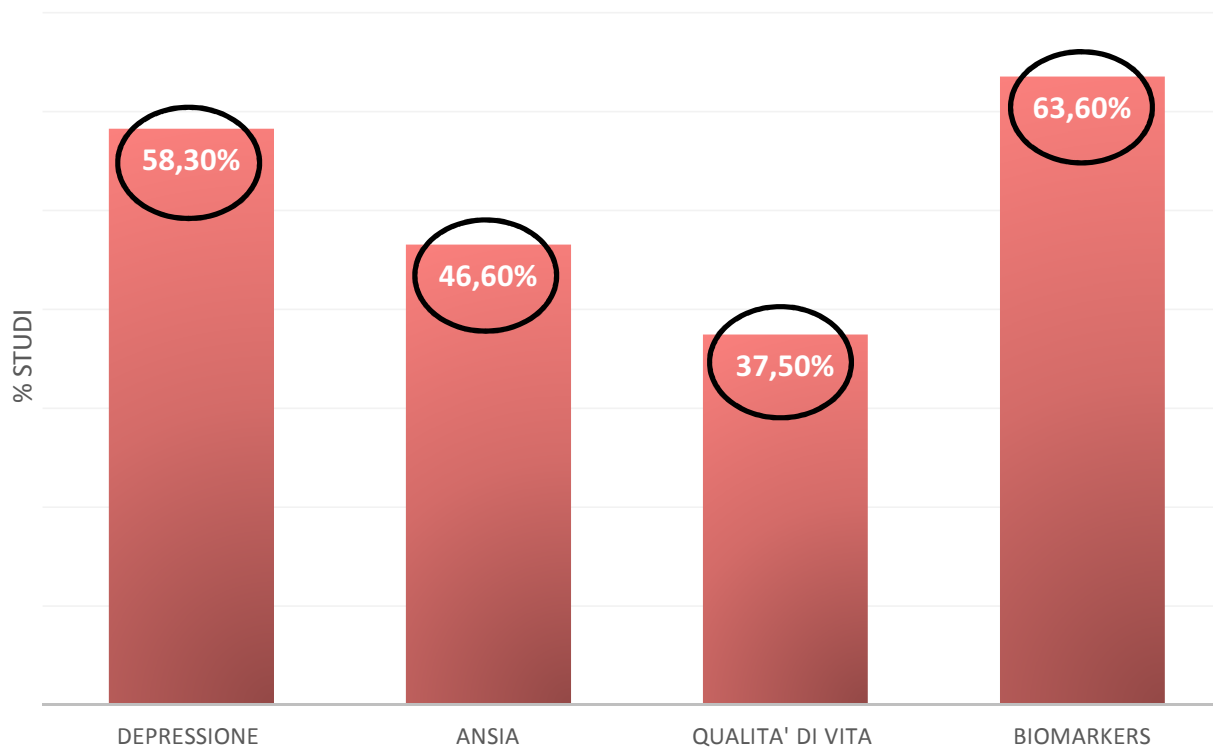
Revisione sistematica della letteratura (=196 articoli):

Scopo dello studio: indagare l'efficacia del trattamento probiotico nel miglioramento di sintomi depressivi e ansiosi, qualità di vita e *biomarkers*; identificare le popolazioni che possono maggiormente beneficiare dell'intervento probiotico.

Gli studi inclusi sono stati identificati ed analizzati mediante l'utilizzo del protocollo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)*. Nel processo di selezione degli studi è stato anche utilizzato il metodo *snowball sampling*.

Risultati dei 22 studi inclusi

Efficacia dell'intervento



Risultati

Tra gli studi che hanno analizzato una popolazione affetta da depressione, il 66.6% ha riportato l'efficacia del trattamento probiotico nel miglioramento di essa.

L'unico studio che ha incluso una popolazione affetta da MDD* ha ottenuto una riduzione statisticamente significativa dei livelli di depressione, ma ha anche ottenuto una riduzione significativa di alcuni dei *biomarkers* misurati, tra cui la PCR.

- ❖ Il limite: la recente attenzione sull'argomento e la carenza di studi clinici su pazienti con depressione.



ELSEVIER

Nutrition

Volume 32, Issue 3, March 2016, Pages 315-320



Applied nutritional investigation

Clinical and metabolic response to probiotic administration in patients with major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial

Ghodarz Akkasheh M.D. ^a, Zahra Kashani-Poor M.D. ^a, Maryam Tajabadi-Ebrahimi Ph.D. ^b, Parvaneh Jafari Ph.D. ^c, Hossein Akbari Ph.D. ^d, Mohsen Taghizadeh Ph.D. ^e, Mohammad Reza Memarzadeh Ph.D. ^f, Zatollah Asemi Ph.D. ^e ✉, Ahmad Esmailzadeh Ph.D. ^{g, h, i}

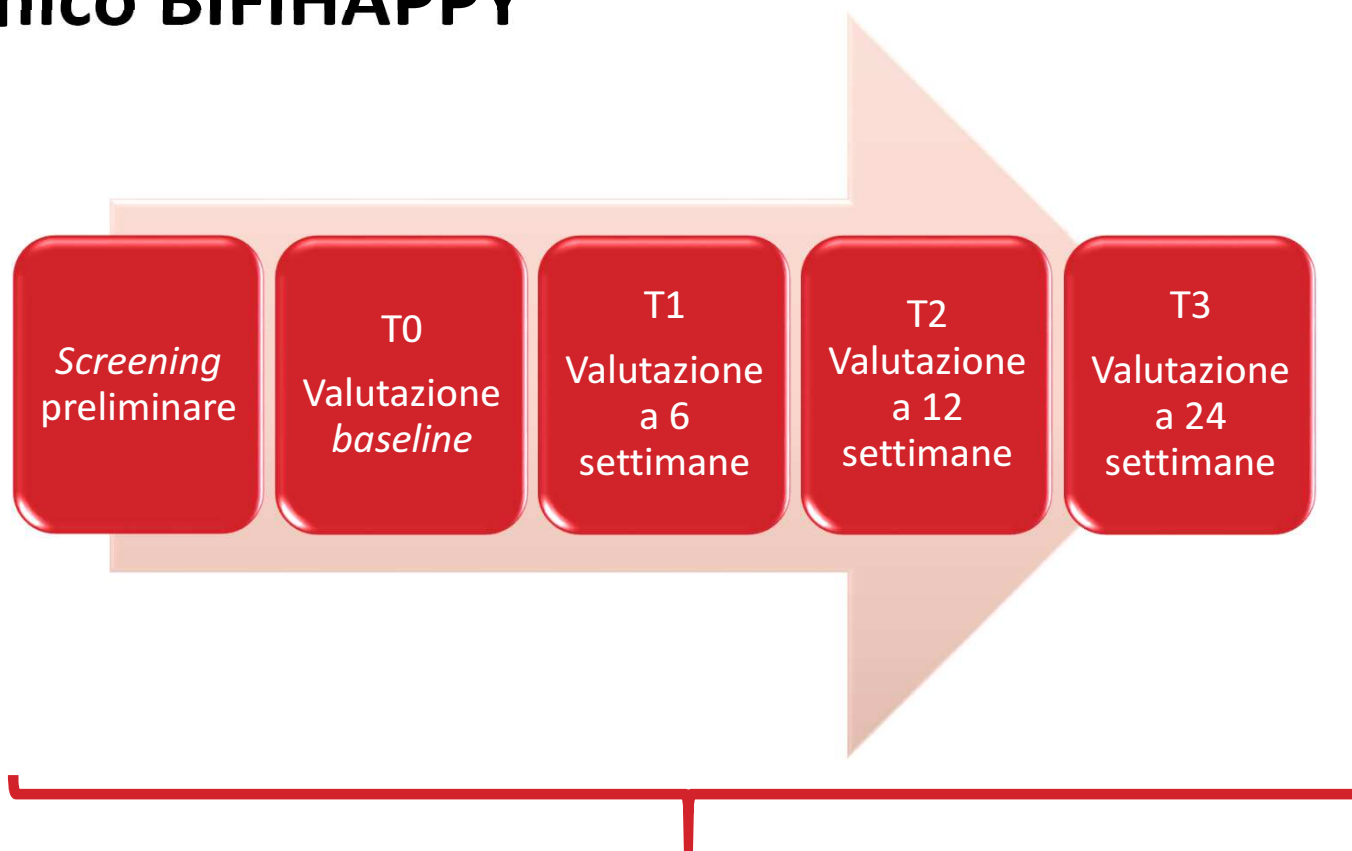
*Akkasheh et al., 2016

Studio clinico BIFIHAPPY

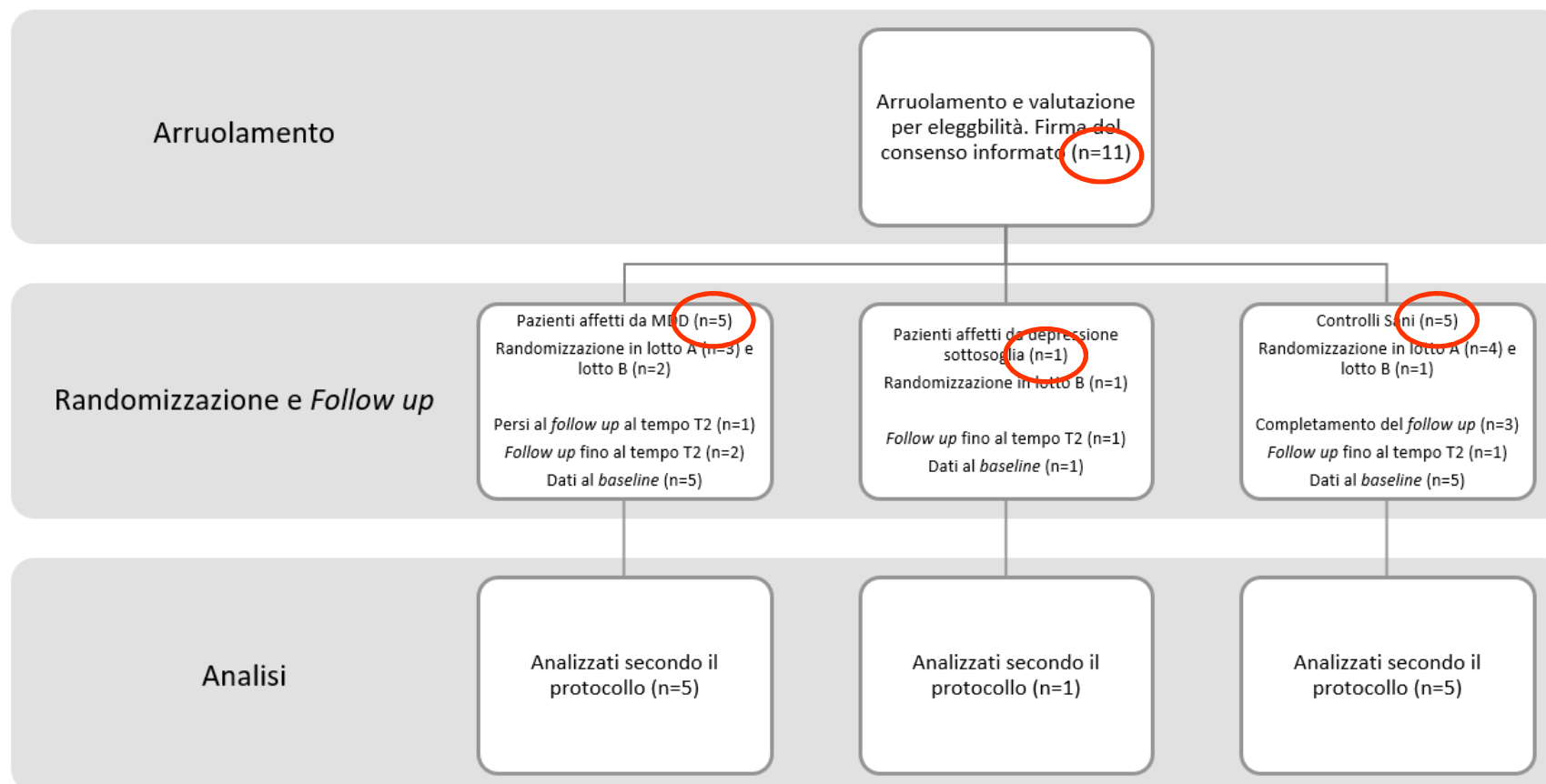
Studio sperimentale in doppio cieco controllato e randomizzato con somministrazione di placebo a 2 bracci di trattamento (gruppo con formula attiva vs gruppo placebo con ratio 1:1) in popolazioni di pazienti con depressione maggiore (in terapia con citalopram), depressione sottosoglia e controlli sani.

Scopo dello studio: valutare l'efficacia dell'integratore alimentare BIFIHAPPY nel miglioramento della sintomatologia depressiva, del funzionamento psicosociale (tramite valutazione testistica) e dei *biomarkers* infiammatori PCR, cortisolo, insulina e calprotectina fecale.

Studio clinico BIFIHAPPY



DURATA TOTALE: 24 settimane



Conclusioni

Per quanto riguarda la revisione della letteratura: la necessità di eseguire analisi più approfondite su popolazioni più omogenee e soprattutto su popolazioni primariamente affette da depressione.

Il nostro contributo all'espansione della ricerca nell'ambito della depressione maggiore, per la quale gli studi clinici mostrano risultati potenzialmente promettenti ed interessanti, sia per quanto riguarda la sintomatologia psichica che lo stato infiammatorio e neurotrasmettitoriale.

L'impostazione di una ricerca mirata all'identificazione dei ceppi probiotici che, più di altri, con un dosaggio specifico, siano in grado in influenzare la sintomatologia depressiva e ansiosa e migliorare l'assetto immunologico dell'individuo.

