

ASSOCIAZIONE PSICOANALITICA ABRUZZESE

Giornate di studio - La clinica psicoanalitica

“Stati primitivi della mente: il metodo psicoanalitico e sue possibili estensioni”

Dott. Ernesto BOLLEA

18 marzo 2017

“Comparsa di fallimenti evolutivi nel trattamento psicoanalitico dell’anoressia”

Chair: Dott.ssa Barbara Cupello Castagna

Relatore: Dott. Ernesto Bollea

Discussant: Dott. David Ventura

Report a cura di Martina Marchionni

Ernesto Bollea introduce il suo lavoro sottolineando l’importanza della conoscenza delle varie organizzazioni mentali e, nello specifico della giornata, l’organizzazione mentale delle pazienti anoressiche che risale a stati precocissimi della mente.

Freud getta le basi per il futuro sviluppo degli studi sull’anoressia, legandola all’isteria e considerandola un possibile sintomo di conversione, mentre Abraham afferma che nello stadio “cannibalico orale” l’attività sessuale sia fusa con l’ingestione alimentare reale o fantastica. Amare o mangiare hanno lo stesso investimento libidico e quando vi è una fissazione a questo stadio vi è una grave perturbazione sessuale perché la sessualità rimane legata alla pulsione nutritiva e non trova la strada verso l’oggetto, animato, umano.

Nel dopoguerra emergono teorie che si focalizzano maggiormente sulla relazione col corpo.

L’idea principale è che ci sia un disturbo dell’immagine somatica che arriva a condizioni deliranti. Molti autori hanno poi sottolineato un eccesso di idealizzazioni in queste pazienti, unito a vari fattori quali: l’età adolescente, la disidentificazione dalla figura della madre attraverso lo sviluppo fisico e il doppio aspetto della madre, deprimente e affamante da una parte e ricercata spasmodicamente, insieme a tentativi fusionali dall’altra. Boris discute il problema della fusione dell’anoressica in termini di mancanza di uno spazio transizionale, facendo uso dei concetti di Winnicott di area intermedia di esperienza, “area neutra d’esperienza che non verrà contestata”, di oggetti e fenomeni transizionali. Pallier distingue l’identificazione proiettiva con un oggetto idealizzato (eccesso di autovalorizzazione di se stessi, presenza di persecuzione, tendenza alla falsificazione e seduzione), dalla fusione con un oggetto idealizzato (serenità, tranquillità, gioia e assenza di falsificazioni).

Un apporto relativamente più recente è quello relativo ai sistemi motivazionali implicati nei comportamenti delle anoressiche e nello specifico il sistema assertivo (che si manifesta con affetti di eccitazione, interesse e gioia) e il sistema avversivo costituito da antagonismo e ritiro. Questo sistema per la sua duplicità, ha una flessibilità adattativa assai più elevata di quello aggressivo e corrisponde alla reazione di attacco e fuga. Importanti inoltre sono i contributi della Tustin e di Ogden sulle forme autistiche, in quanto nell’anoressia sono presenti le sensazioni tattili e idiosincratice che troviamo nelle forme dell’autismo.

Bollea ci presenta a questo punto un interessante caso clinico in cui, tra le altre cose, viene messo in luce l'aspetto del controtransfert in una modalità contiguo-autistica, che fa sentire il terapeuta come "tiraneggiato da un robot" e, allo stesso tempo, incapace di stabilire un rapporto empatico con la paziente. Infatti la fantasia che Bollea propone è quella della "matrioska", priva di compassione e di pena per una ragazza che aveva dovuto contare solo sul proprio autocontenimento e che mandava segnali sensoriali tanto delicati, graziosi ed originali, per essere accolta ed amata. La paziente voleva vivere un'analisi in unione totale e la distanza da tenere con l'anoressica nella prima fase del trattamento mette alla prova la capacità tecnica del terapeuta.

Bollea conclude la lettura del caso spiegando che alla base del disturbo di personalità dell'anoressica c'è un danno dell'integrità del sé che risulta diviso in due da una profonda "scissione verticale". Queste due menti e modalità di fare esperienza hanno oggetti, tipo di relazioni e sé distinti ma presenti, fianco a fianco, uno con l'altro. Questi due sé distinti e compresenti possiamo concepirli come un "vero sé", quello dell'anoressica, immerso in un mondo sensoriale ed un "falso sé" quello del suo ambiente, immerso in una realtà concreta e spesso alessitimica.

Scopo del trattamento è quello di liberare l'anoressica da un imprigionamento di una parte della personalità bloccata in una sacca di reazioni psicofisiche, dominate da oggetti duri e morbide forme avvolgenti che ne impediscono la comunicazione e la crescita individuale. Occorre far dialogare i due stati del sé in opposizione fra loro. Per fare questo è necessario entrare empaticamente in contatto con la paziente facendosi guidare nel suo mondo esperienziale e, al contempo, conservando la propria identità, riflettere sulla rotta che sta seguendo la relazione terapeutica.

Segue la discussione di David Ventura che sottolinea quanto l'empatia del terapeuta rappresenti una qualità dell'ascolto psicoanalitico. Con l'anoressica, questo ascolto, include anche la dimensione concreta e sensoriale. È importante assumere il punto di vista ed empatizzare con i vissuti della paziente per comprenderne il funzionamento mentale. Bollea infatti ascolta e si lascia guidare dai comportamenti e dalle emozioni della sua paziente.

In queste situazioni l'analista può sperimentare pessimismo e riluttanza, sentimenti che emergono a causa della difficoltà nello stabilire un'alleanza terapeutica, messa in scacco anche dal rischio e dal ricatto suicidario che la paziente pone all'analista.

L'impotenza e la disperazione della paziente sembrano avere origini nelle sue relazioni oggettuali precoci.

Ventura, giocando con un sogno della paziente, propone che l'analista, come non hanno fatto i genitori in passato, debba rendersi "scalabile" dai pazienti, al pari di una montagna, al fine di promuovere la speranza nell'oggetto tramite la relazione analitica.

Secondo Bollea vi è un collasso dello spazio potenziale tra madre e bambina che conduce ad un grave disturbo della simbolizzazione dove il cibo è sentito e vissuto come la madre reale, piuttosto che come un rimando alle sue cure. Attraverso il rifiuto del cibo/madre, l'anoressica perviene a una condizione di chiusura che serve da una parte a rinforzare un senso del sé fragile e dai confini incerti e dall'altra a sottrarsi da una maturazione sessuale e identitaria a favore di un ideale corporeo a carattere delirante. Riferendosi ad un altro sogno in cui compariva un vaso vuoto che doveva essere riempito, Ventura suggerisce una lettura bioniana su contenuto e contenitore, proponendo l'immagine del vaso vuoto come una madre rigida e concreta, che poco si lasciava modellare dalla figlia e che quindi diventava tirannica, allo stesso modo di come tirannica viene percepita la relazione

analitica, che fa sentire il terapeuta sull'orlo del baratro di perdere il senso di sé. Bollea sperimenta il rifiuto alienante dell'altro, sentendosi privato della propria capacità empatica. Queste sono le dinamiche a cui si espone l'analista quando entra in contatto con gli stati più primitivi della mente dei pazienti.

Ventura conclude con una frase di Bollea: "Io cambio con lei più di quel che lei faccia con me", sottolineando quanto questa frase illustri in modo magistrale il lavoro che ogni analista dovrebbe compiere con i suoi pazienti, accettando la forma che loro gli assegnano e vivendo sulla propria pelle i travagli dell'analizzato. Deve, in altre parole, rendersi "scalabile".

Si apre ora la discussione con la sala che si anima di numerosi interventi e domande. L'onestà intellettuale e l'umiltà di Bollea nel trattamento sono aspetti tanto essenziali quanto di difficile applicazione, soprattutto nei contesti ospedalieri dove l'atteggiamento dell'equipe, nei confronti dei pazienti è spesso di conflitto e di sfida.

Un altro intervento sottolinea l'aspetto del controtransfert e della richiesta di adattamento che le anoressiche presentano al terapeuta. È molto importante ascoltare e dare senso a questa richiesta primaria in quanto si riferisce al bisogno della paziente di essere vista e accolta.

L'anoressica percepisce il proprio corpo grasso, come se vedesse le emozioni che contiene dentro di sé sovradimensionate e, per affrontare tale dispercezione, si attiva per affamarle e letargizzarle.

Infine si osserva che i giovani terapeuti sono più portati a lavorare con pazienti psicotici in quanto si prestano a prendere la forma che il paziente vuole, perché loro stessi stanno prendendo forma come terapeuti. Per questo sarebbe opportuno sentirsi sempre in formazione per facilitare questo processo.

Tempo fa, ad un convegno, Salomon Resnik disse: "Io sono qui per apprendere da voi."

.