

C

SABOTATORE INTERNO

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

Il focus: Per mezzo dell'esplorazione condivisa delle fantasie del paziente, mentalizzare le emozioni e le sensazioni fisiche negative croniche e persistenti, nonché gli stati tensione corporea - di attacco, di fuga, di immobilizzazione - quali manifestazioni del **Sabotatore Interno** che distorce l'immagine di sé e i legami interpersonali, distruggendoli, a danno del benessere e della sicurezza, fino a disattivare il sistema di attaccamento relazionale e a dissociare il comportamento di intimacy e i legami profondi, a sfavore di un'autentica autonomia e sicurezza, e del piacere di stare con se stesso e con gli altri.

C

LAVORARE SUL

SABOTATORE INTERNO

E SUGLI STATI DI
TENSIONE CORPOREA DI

ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE

(**ATTACCO AL LEGAME**)

DISATTIVAZIONE DEL

SISTEMA DI ATTACCAMENTO

DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY





Il sabotatore interno come lo anti-libidico

W. RONALD D. FAIRBAIRN

STUDI PSICOANALITICI SULLA PERSONALITÀ

PREFAZIONE DI ERNEST JONES

SERIE DI PSICOLOGIA E PSICHIATRIA

BORINGHIERI

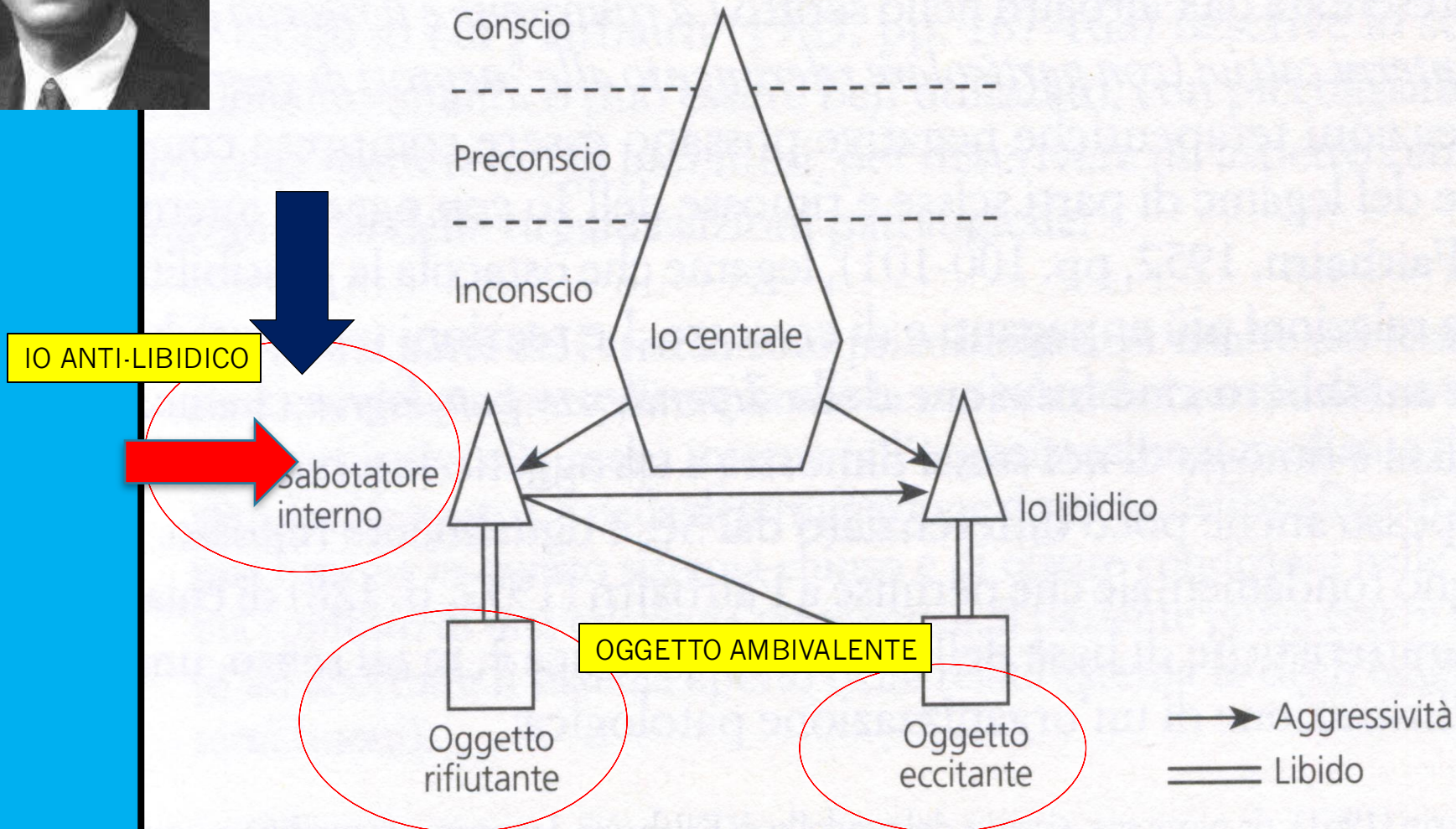
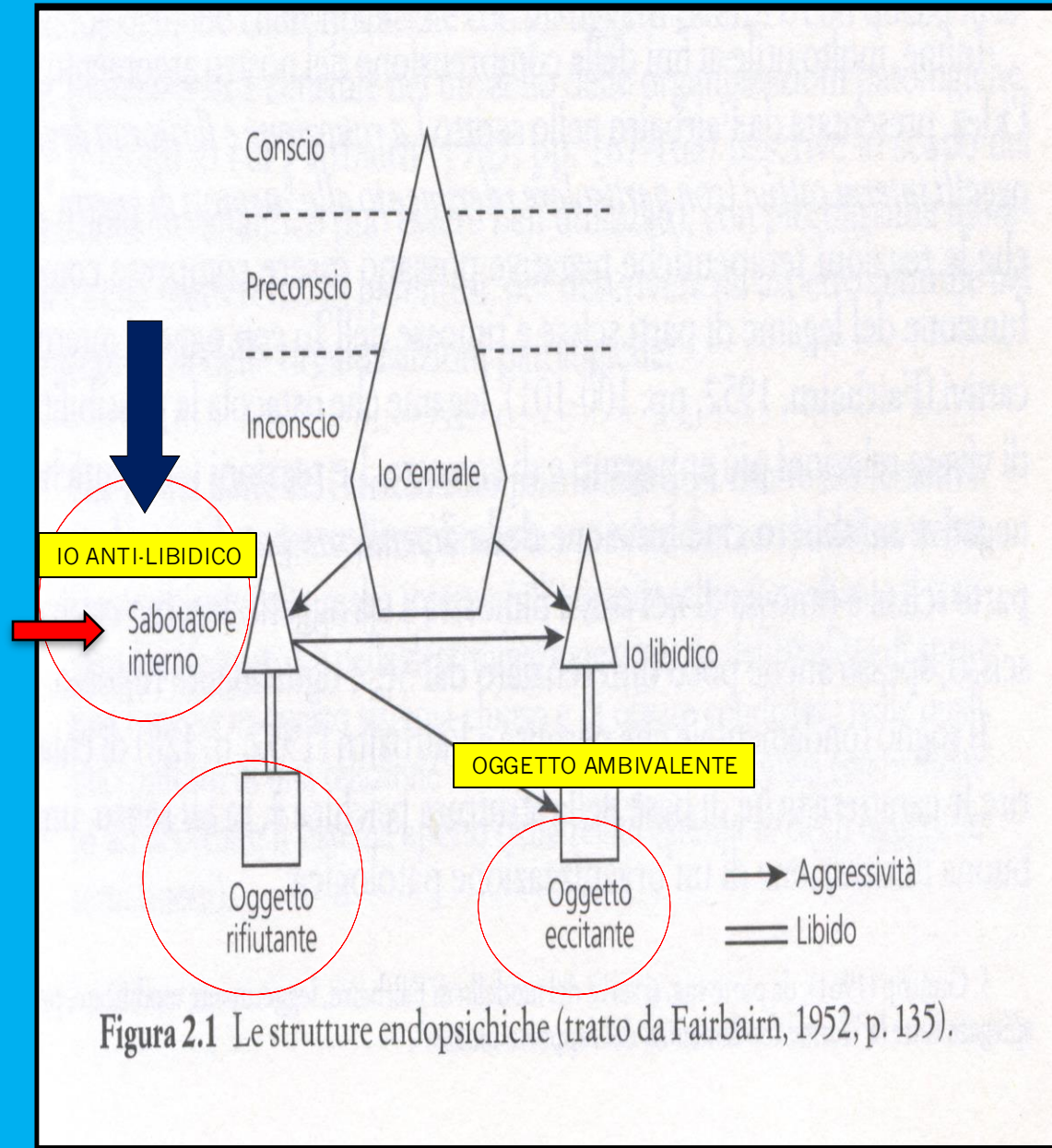


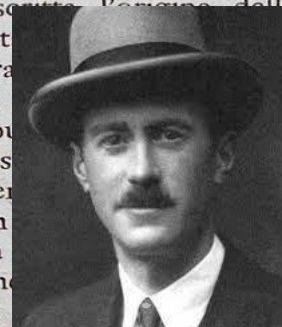
Figura 2.1 Le strutture endopsichiche (tratto da Fairbairn, 1952, p. 135).



bisogno libidico. In questo modo egli riduce il volume dell'affetto, sia libidico sia aggressivo, che cerca di esprimersi all'esterno. Come è già stato sottolineato, naturalmente, né la libido né l'aggressività può essere considerata esistente in una situazione di scissione della struttura. Di conseguenza, ci resta da decidere a quale delle strutture egoiche già descritte deve essere rispettivamente attribuito l'eccesso di libido e l'eccesso di aggressività del bambino. Questo è un problema sulla cui risposta non possono sussistere dubbi. L'eccesso di libido è assunto dall'Io libidico, e l'eccesso di aggressività è assunto dal sabotatore interno. La tecnica del bambino di usare l'aggressività per sottomettere il bisogno libidico si risolve quindi in un attacco del sabotatore interno all'Io libidico. L'Io libidico a sua volta dirige l'eccesso di libido di cui è caricato verso l'oggetto associato, l'oggetto eccitante. D'altra parte, l'attacco del sabotatore interno a questo oggetto rappresenta una persistenza del risentimento originario del bambino verso la madre come seduttrice che suscita proprio il bisogno ch'essa non riesce a soddisfare e che quindi lo riduce in schiavitù: proprio come l'attacco del sabotatore interno all'Io libidico rappresenta un persistere dell'odio che il bambino finisce col sentire verso sé stesso per la dipendenza dettata dal suo bisogno. Si deve aggiungere che i processi testé descritti hanno luogo contemporaneamente ai processi che essi sono destinati a completare, sebbene siano stati descritti separatamente ai fini della chiarezza dell'esposizione.

La rimozione diretta, la resistenza libidica e la rimozione indiretta

Una volta descritto l'origine dell'atteggiamento aggressivo adottato dal sabotatore interno, l'Io libidico e l'oggetto eccitante, la nostra analisi dei processi che determinano il modello dinamico della struttura endopsichica basilare è completa. A questo punto si può aggiungere qualcosa a ciò che si è già detto sulla natura della rimozione. In base alla linea di pensiero di Fairbairn, la rimozione è un processo proveniente da un oggetto eccitante che dell'oggetto rifiutante dà origine a un processo secondario di rimozione per il quale si rifiuta due parti di sé,



IL SABOTATORE INTERNO OVVERO L'IO ANTI-LIBIDICO

Il sabotatore interno può essere descritto come **una voce critica che emerge nel dialogo interiore** quando valutiamo noi stessi o affrontiamo impegni o situazioni che coinvolgono l'autostima e la percezione sociale di noi stessi e degli altri.

Questa voce incentiva pensieri negativi, dubbi e paure che ostacolano la fiducia personale e alimentano l'autocritica e il perfezionismo patologico, influenzando negativamente il comportamento in modi sfavorevoli alla sicurezza e al benessere.

Nella dissociazione dell'intimità, il sabotatore interno si manifesta nelle fantasie, nei processi cognitivi, decisionali e nei comportamenti che interferiscono con l'autostima e con la creazione e il mantenimento di connessioni intime con gli altri attraverso differenti modalità:

Il Sabotatore Interno interviene inconsciamente nei seguenti comportamenti:



1. **Autosabotaggio emotivo**: il sabotatore interno incentiva dubbi e sospetti di non essere accettati e amati, creando angosce o paure che impediscono di stare bene da soli, di connettersi emotivamente e di fidarsi degli altri.
2. **Autosabotaggio corporeo**: il sabotatore interno favorisce rappresentazioni negative del proprio corpo e condotte che danneggiano il benessere fisico e la salute, quali la mancanza di cure personali, l'autolesionismo, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi del comportamento alimentare.
3. **Angoscia della dipendenza dagli altri**: il sabotatore interno incentiva i comportamenti narcisistici di autoisolamento, di chiusura emotiva o di disprezzo onnipotente, per evitare il rischio di dipendere dagli altri e al contempo di sentirsi imprigionati dai bisogni degli altri.
4. **Perfezionismo patologico**: il sabotatore interno si manifesta con l'angoscia di sentirsi sempre in difetto e incompetenti socialmente, impedendo la condivisione delle parti più autentiche di sé per la paura di essere giudicati negativamente.
5. **Confronto persecutorio**: il sabotatore interno porta a confrontarsi ossessivamente con gli altri, alimentando sentimenti di inadeguatezza, vergogna, gelosia o invidia che ostacolano l'accettazione di se stessi, la spontaneità e la partecipazione al gioco sociale.
6. **Risposte comportamentali impulsive nel decision making**: il sabotatore interno attiva reazioni patologiche di attacco-fuga-immobilizzazione quando si tratta di prendere una decisione, di gestire le proprie emozioni o gli eventuali conflitti che intervengono nelle relazioni sociali e interpersonali.

Il sabotatore interno ostacola pertanto **la capacità di riparare le rotture relazionali** perché incentiva fantasie persecutorie, perplessità e paure che interferiscono con la fiducia di affrontare i problemi interpersonali in modo sano ed efficace.

Dopo una rottura, il sabotatore interno incentiva pensieri negativi riguardo a se stessi e alla propria autostima. Questi pensieri possono amplificare sentimenti di colpa, vergogna, rabbia e vendicatività, rendendo difficile la riconciliazione e il recupero.

Il sabotatore interno, inoltre, può indurre una continua ruminazione sugli errori commessi o su cosa avrebbe potuto essere fatto diversamente, nonché una colpevolizzazione morbosa a prendersi tutta la responsabilità della rottura. Questo funzionamento mentale ripetitivo inibisce l'assertività e impedisce di guardare fiduciosamente avanti, inibendo anche la speranza e l'impegno nella riparazione del conflitto.

Il sabotatore interno infine rende difficile **accettare le delusioni, la fine di una relazione, l'elaborazione di una perdita o di un lutto**, distruggendo la speranza per un possibile cambiamento e impedendo la capacità di prendere decisioni costruttive per orientarsi verso il recupero del proprio benessere.

Nella psicoterapia della regolazione emotiva e psicosomatica è importante **mentalizzare la presenza del Sabotatore Interno di origine traumatica** nei processi immaginativi, cognitivi e comportamentali che impediscono al paziente di stare bene con se stesso e che favoriscono la dissociazione dell'intimità interpersonale.

L'obiettivo è quello di aumentare la consapevolezza di come il Sabotatore Interno ha origine nei traumi intervenuti nella storia personale del paziente e della coazione a ripetere attraverso cui si manifesta ancora nel suo presente.

Lo scopo di questo processo maturativo è quello di favorire un cambiamento finalizzato all'autoaccettazione, a una maggiore assertività e al benessere corporeo, sia quando il paziente si ritrova da solo con se stesso, sia quando si ritrova con gli altri.

MENTALIZZARE E LAVORARE CON LE VOCI DISSOCIATE DEL SABOTATORE INTERNO

- * Esplorare le voci e le parti del Sabotatore Interno;
- * Incoraggiare i pazienti ad ascoltare e condividere le voci e le parti del Sabotatore Interno, prima dissociate, che attaccano i legami e le relazioni;
- * Esplorare i trigger, ovvero gli stimoli che innescano l'azione del Sabotatore Interno;
- * Contenere, elaborare e trasformare le fobie in cui il paziente si dissocia nella paura, la rabbia, la tristezza, il disgusto e la sorpresa negativa in tutti gli ambiti della sua vita;
- * Incentivare la capacità di differenziare le voci e le parti traumatiche conseguenti, ovvero la storia passata dall'esperienza del *qui ed ora* del paziente, valorizzando i suoi bisogni attuali e i suoi obiettivi;
- * Esplorare e convalidare la funzione sia difensiva che distruttiva delle voci del Sabotatore Interno;
- * Identificare e validare le risorse, i sentimenti e i bisogni del paziente per renderlo autonomo dall'azione del Sabotatore interno;
- * Esplorare, modellare (**Focusing + Role Playing**) e praticare modi alternativi di risposta cognitivo-comportamentale sia quando il paziente si ritrova con se stesso, sia nelle sue relazioni interpersonali;
- * Identificare ed esplorare le rappresentazioni di sé mancanti, in particolare la fiducia e la speranza di poter cambiare e trasformare la propria vita;
- * Riparare le rotture dell'alleanza terapeutica e sviluppare la collaborazione reciproca per riconsolidare l'alleanza, l'aderenza e la risposta del paziente alla terapia.



Il Sabotatore Interno è quella voce critica o negativa che giudica e svaluta costantemente le azioni, i pensieri e le emozioni di una persona, generando insicurezza, paura dell'errore e autocritica intensa. Questo meccanismo **limita l'apprendimento per prove ed errori** perché crea una risposta di blocco e di evitamento verso qualsiasi situazione che possa esporre a possibili fallimenti o critiche. Ecco come il Sabotatore Interno interferisce con l'apprendimento:

- 1. Paura dell'errore e dell'insuccesso:** Il Sabotatore Interno amplifica la percezione dell'errore come una minaccia al proprio valore personale, rendendo l'errore intollerabile e angosciante. Invece di considerare l'errore come una fase naturale del processo di apprendimento, il paziente lo vive come una conferma di incapacità o incompetenza. Questo porta alla tendenza ad evitare nuove esperienze o a rimanere bloccato in schemi di comportamento già conosciuti e "sicuri".
- 2. Bassa autostima e autocritica:** La voce critica del Sabotatore Interno riduce l'autostima e aumenta il livello di autocritica, minando la fiducia nel poter apprendere o migliorare. Questo atteggiamento porta il paziente a ritenere che qualsiasi sforzo sia inutile, disincentivando l'esplorazione di soluzioni nuove o diverse. La mancanza di fiducia rende difficoltoso sperimentare e imparare dall'errore, poiché il paziente tende a dubitare di se stesso e dei propri progressi.
- 3. Perseverazione:** Il Sabotatore Interno promuove una rigidità nei pensieri e nei comportamenti, facendo sì che la persona si attenga a schemi che percepisce come "sicuri" per evitare errori. Questo atteggiamento riduce la flessibilità necessaria per il processo di apprendimento per prove ed errori, poiché limita la capacità di adattarsi e di provare nuove modalità di risposta o soluzioni alternative.
- 4. Evitamento di esperienze nuove:** Il Sabotatore Interno spinge all'evitamento di esperienze che possano mettere a rischio l'immagine di sé o esporre al giudizio altrui. L'apprendimento per prove ed errori richiede coraggio e apertura verso l'esplorazione, anche se questa comporta inevitabilmente errori. Il Sabotatore, invece, induce la persona a evitare situazioni nuove, privandola della possibilità di apprendere dai propri sbagli e di migliorarsi.
- 5. Perfezionismo rigido:** Il Sabotatore Interno spesso si accompagna a un atteggiamento perfezionistico che fissa standard irrealistici. Questo perfezionismo punitivo aumenta il timore dell'errore e riduce la tolleranza per qualsiasi imperfezione, impedendo alla persona di vivere l'errore come una parte naturale del processo di apprendimento. La paura di non essere all'altezza dei propri standard paralizza la persona, scoraggiando ogni tentativo che possa risultare in un esito diverso dalla perfezione.
- 6. Ciclo di autosabotaggio:** Il Sabotatore Interno instaura un ciclo di autosabotaggio in cui la persona, per paura di sbagliare o di essere criticata, rinuncia a mettersi in gioco o a sperimentare. Questo rinforza la convinzione negativa di non essere capace, alimentando il Sabotatore stesso e impedendo ogni crescita.

L'apprendimento per prove ed errori richiede fiducia, apertura e una certa flessibilità mentale ed emotiva. Il Sabotatore Interno, invece, alimenta la rigidità, il perfezionismo e la paura del fallimento, limitando fortemente la possibilità di apprendere e crescere attraverso l'esperienza diretta.

THE INTERNAL SABOTEUR OR THE ANTI BONDER INIHIBITS AND DISTORTS ABILITY:

PLAY

AFFECTIVE TOUCH

LACK OF PLAYFUL EXPERIENCE

LACK OF PHYSICAL CONTACT EXPERIENCE

INSECURETY IN BEING (PLAYING) WITH OTHERS

INSECURITY (SHAME/GUILT)
IN BODILY PROXIMITY

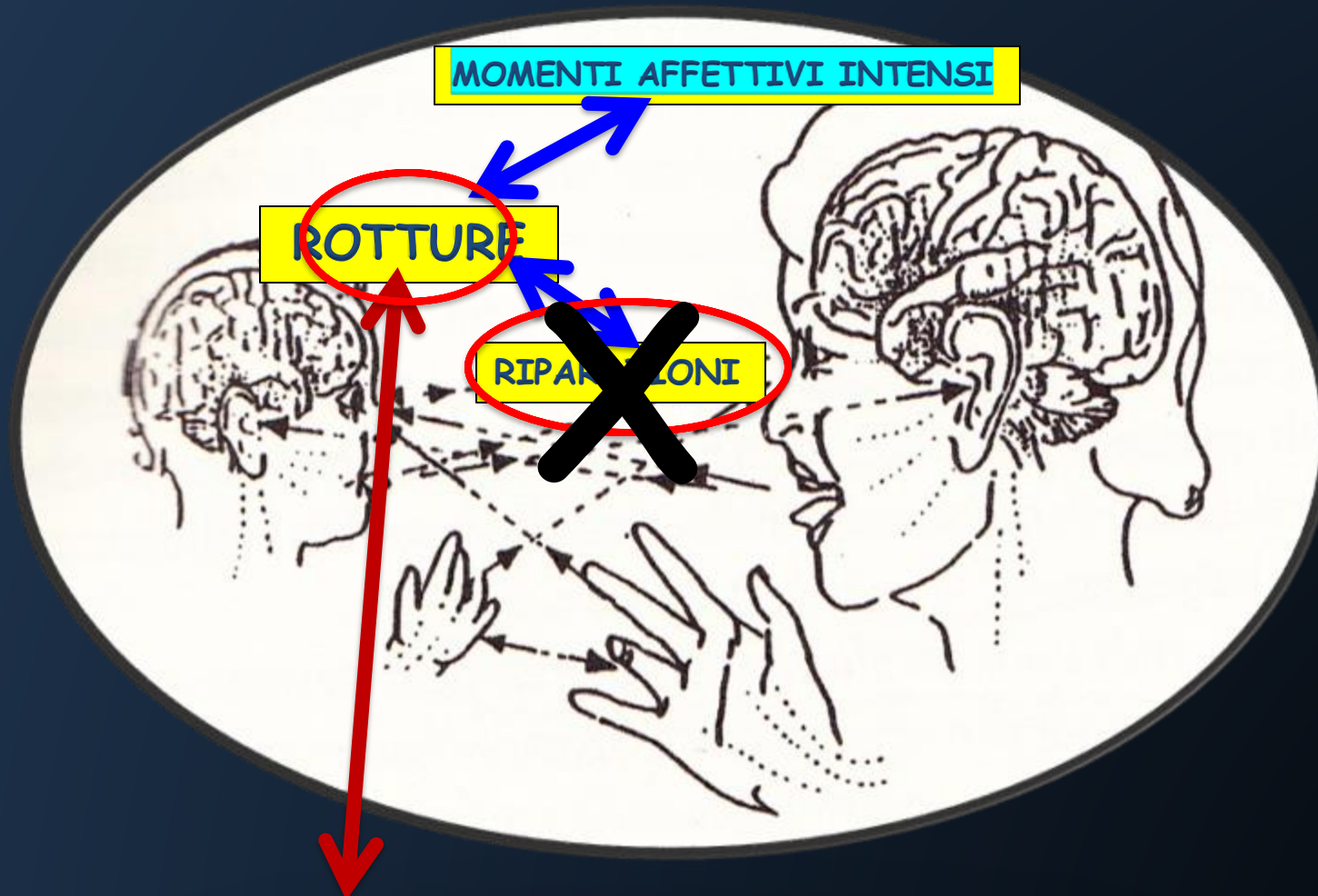
the final result:

INHIBITIONS / RESENTMENTS / FEAR / ANGER IN AGENCY AND INTIMACY



AUTONOMIC DYSREGULATION IN CONNECTION/DISSOCIATION OF INTIMACY

ROTTURE SENZA RIPARAZIONI LA DISREGOLAZIONE NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI E NELL'INTIMACY

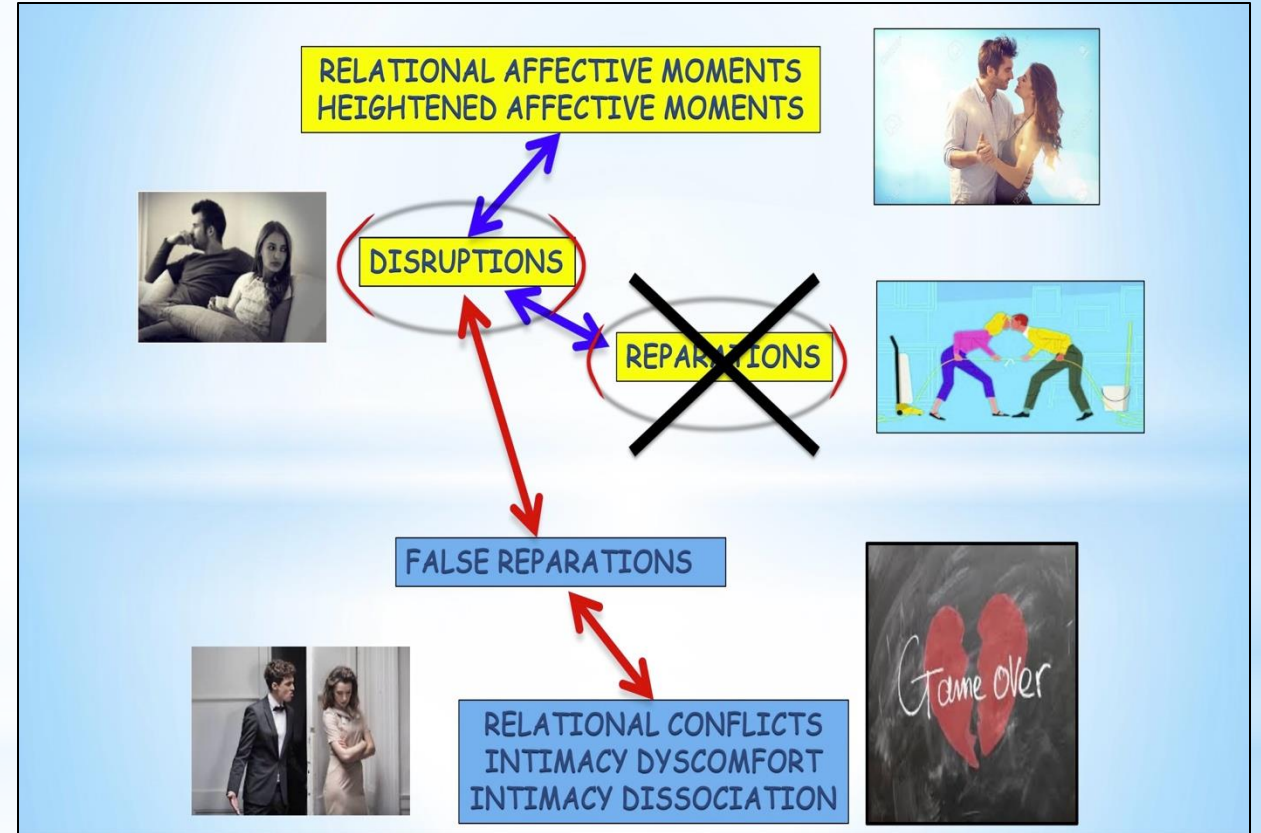


- CONFLITTI RELAZIONALI CRONICI
- DEFICIT DELLA DELLA CAPACITA' DI GESTIRE E NEGOZIARE I CONFLITTI E LE ROTTURE RELAZIONALI
- ANTAGONISMO/SOTTOMISSIONE NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI
- DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY
- Competizione distruttiva, Irritabilità, Permalosità, Sospettosità

THE INTERNAL SABOTEUR OR THE ANTI BONDER INHIBITS AND DISTORTS INTERPERSONAL ABILITY

feeling threatened when DEALING WITH SEPARATIONS AND BREAKUPS...

....misunderstandings, a point of view different from one's own...difficulty in repairing the breakup and negotiating one's needs.



IN POLYVAGAL PSYCHOTHERAPY, ONE OF THE GOALS IS TO INCREASE THE WINDOW OF TOLERANCE FOR STIMULI PERCEIVED AS AVERSE IN CONNECTION WITH THE WORLD AND OTHERS AND FIND CONNECTION

**MANCANZA DI PIACERE
CONTATTO FISICO**

**DISAGIO A STARE BENE
CON SE STESSI QUANDO
CI SI RITROVA DA
SOLI**

**IL SABOTATORE INTERNO
NELLA
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY**

**MANCANZA DI
CAPACITA' DI
GIOCARRE INSIEME**

**DIFFICOLTA' NEL GESTIRE
I CONFLITTI, LE ROTTURE,
LE SEPARAZIONI
NELLE DINAMICHE INTERPERSONALI**

L'IMPORTANZA DEL GIOCO NELLO SVILUPPO PSICHICO

Il gioco ha un ruolo fondamentale nello sviluppo psichico del bambino per diversi motivi, tra cui la promozione di competenze cognitive, emotive, sociali e fisiche. Vediamo in dettaglio alcuni degli aspetti più importanti:

1. Sviluppo cognitivo

Il gioco stimola l'immaginazione e la creatività del bambino, offrendo occasioni per risolvere problemi e fare scoperte. Attraverso il gioco simbolico, ad esempio, i bambini sviluppano il pensiero astratto e imparano a vedere il mondo da prospettive diverse. Il gioco educativo aiuta anche a migliorare competenze come la memoria, il ragionamento logico e la pianificazione.

2. Sviluppo emotivo

Giocare permette ai bambini di esprimere e comprendere le proprie emozioni. I bambini, nel gioco, possono affrontare situazioni che nella realtà potrebbero spaventarli, sperimentando e gestendo sentimenti complessi come paura, frustrazione o rabbia. Il gioco favorisce anche lo sviluppo dell'autostima, poiché permette di sperimentare successi in un ambiente sicuro.

3. Sviluppo sociale

Attraverso il gioco con altri bambini o adulti, i piccoli imparano a rispettare le regole, a condividere e a cooperare. Le dinamiche di gruppo sviluppano capacità di negoziazione e empatia, permettendo loro di comprendere meglio i sentimenti altrui e di migliorare le competenze creative e relazionali.

4. Sviluppo fisico

Il gioco fisico aiuta lo sviluppo motorio e della coordinazione, la sicurezza fisica negli scambi interpersonali.

Importanza del gioco con i genitori

Importanza del gioco con i genitori

Il gioco con i genitori ha un significato particolarmente profondo, in quanto contribuisce alla creazione di un legame sicuro e affettivo tra bambino e adulto. Giocare insieme offre ai bambini un senso di sicurezza emotiva, poiché vedono i loro genitori come partecipi e coinvolti nel loro mondo. Questo tipo di interazione favorisce la fiducia, la connessione e l'espressione delle emozioni in un contesto familiare sicuro.

Il trauma del non aver giocato con i genitori

Non aver giocato con i propri genitori può essere vissuto come un trauma perché il gioco rappresenta un'importante forma di comunicazione e vicinanza. Quando un bambino non ha l'opportunità di giocare con i genitori, può sentirsi trascurato o non riconosciuto nei propri bisogni affettivi. Questo può portare a difficoltà nel costruire relazioni di fiducia e sicurezza con gli altri. Inoltre, l'assenza di esperienze di gioco condiviso può limitare lo sviluppo di importanti competenze emotive e sociali, poiché il bambino perde occasioni di apprendimento in contesti sicuri e amorevoli.

Il gioco non è solo un'attività ricreativa, ma un vero e proprio veicolo per lo sviluppo psichico, fisico, emotivo, e sociale del bambino, e l'assenza di queste esperienze, soprattutto con le figure genitoriali, può creare delle lacune che possono influenzare lo sviluppo relazionale e affettivo a lungo termine.

.....IN PSYCHOTHERAPY

THE INTERNAL SABOTEUR OR THE ANTI BONDER INHIBITS
THE ABILITY TO REPAIR BREACHES IN THE THERAPEUTIC ALLIANCE



During psychotherapy, when the Internal Saboteur starts again, it attacks the therapeutic bond (**Therapeutic Alliance**) and the following experience can occur in the patient:

- 1) THREAT OF FRAGMENTATION
- 2) NEGATIVE THERAPEUTIC REACTIONS
- 3) RECURRENCE OF SYMPTOMS DURING TREATMENT
- 4) ABANDONMENT OF PSYCHOTHERAPY

MENTALIZE YOUR INTERNAL SABOTEUR TO MODULATE YOUR NEUROCEPTION



How to:
Arm &
Disarm

In Polyvagal Informed Psychotherapy it is essential to mentalize how the Internal Saboteur, the Anti Bonder, operates negatively in Mindwandering, cognitive, affective and psychosomatic processes, in the search for connections and in Intimacy.

The mentalization of this inhibitory process promotes Self-Regulation and Co-Regulation and a feeling of ‘being safe in autonomy, being safe in seeking connection and “being safe in connection’.

D

ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

D

Il focus: Il processo di mentalizzazione si installa nell'alleanza terapeutica per mezzo dell'esplorazione delle fantasie e dell'immaginazione del paziente, compresi i sogni, così come questi si avvicinano nel suo mondo interno, per differenziare la paura dalla rabbia, dalla tristezza, dal disgusto di sé e degli altri e dalla cronica attesa negativa; e mentalizzando le sensazioni corporee di attacco, di fuga, di immobilizzazione, che intervengono negativamente nello stare con se stesso e nelle sue relazioni interpersonali.

Il terapeuta, nell'orientare il paziente verso questo nuovo insight, contiene le angosce di frammentazione e la reazione terapeutica negativa del paziente conseguenti **il cambiamento da un sistema relazionale chiuso a un sistema relazionale aperto**, per incentivare una prospettiva condivisa di miglioramento generale basata sulla progressiva regolazione delle emozioni negative a favore della sicurezza, del rilassamento e del piacere, anche corporeo.

**LAVORARE SULLE FANTASIE
E SUI PROCESSI IMMAGINATIVI
E I SOGNI**
con lo scopo di differenziare
emozioni/sensazioni e contenere le
ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE
(Reazione Terapeutica Negativa)



IL CAMBIAMENTO 'CATASTROFICO' IN PSICOTERAPIA

Il concetto di cambiamento "catastrofico" in psicoterapia deriva dalle teorie di Wilfred Bion. Bion utilizzava il termine per descrivere un'esperienza di trasformazione nel processo psichico del paziente. Secondo lui, il cambiamento in terapia può essere vissuto come "catastrofico" per diverse ragioni, e questo può portare a reazioni terapeutiche negative o alla rottura dell'alleanza terapeutica per i seguenti motivi:

- 1. Rottura di schemi consolidati:** Il cambiamento in psicoterapia implica spesso la rottura di schemi mentali e difese psicologiche radicate. Questi schemi, anche se disfunzionali, possono fornire un senso di sicurezza e stabilità al paziente. Quando vengono messi in discussione o modificati, il paziente può sentirsi perso, confuso o vulnerabile, sperimentando la trasformazione come una sorta di "catastrofe" interna.
- 2. Paura dell'ignoto:** Il cambiamento richiede l'apertura a nuove esperienze e modi di pensare, che possono essere percepiti come spaventosi o imprevedibili. La paura dell'ignoto può portare a resistenze o difese più forti da parte del paziente, che cerca di mantenere lo status quo per evitare di affrontare l'insicurezza e l'incertezza associata alla trasformazione.
- 3. Intensità emotiva:** La terapia tocca spesso emozioni profonde e irrisolte, e il processo di cambiamento può far emergere intense reazioni emotive o **'angosce di frammentazione'**. In certi casi, il paziente potrebbe non sentirsi in grado di gestire l'intensità emotiva, e questo potrebbe portare a reazioni terapeutiche negative, come un senso di sopraffazione, ritiro o rabbia verso il terapeuta.
- 4. Rottura dell'alleanza terapeutica:** L'alleanza terapeutica è l'elemento cruciale per il successo della terapia. Quando il paziente percepisce il cambiamento come troppo rapido o minaccioso, potrebbe perdere fiducia nel terapeuta o sentirsi non compreso. Ciò può portare a una rottura dell'alleanza terapeutica, soprattutto se il paziente vive il terapeuta come qualcuno che non sta tenendo conto della sua vulnerabilità o dei suoi bisogni di protezione.
- 5. Meccanismi difensivi:** In alcuni casi, i pazienti possono attivare forti meccanismi difensivi quando percepiscono che la terapia li sta portando troppo vicino a contenuti psichici dolorosi o traumatici. Questi meccanismi difensivi, come la negazione, la proiezione o l'attacco verso il terapeuta, possono manifestarsi come reazioni negative o addirittura come rifiuto di continuare il percorso terapeutico.
- 6. Proiezione sul terapeuta:** Il paziente potrebbe proiettare sul terapeuta le sue paure o conflitti irrisolti. Questo può portare a una distorsione della percezione del terapeuta, che può essere visto come **una figura persecutoria o minacciosa, favorendo la rottura dell'alleanza terapeutica.**

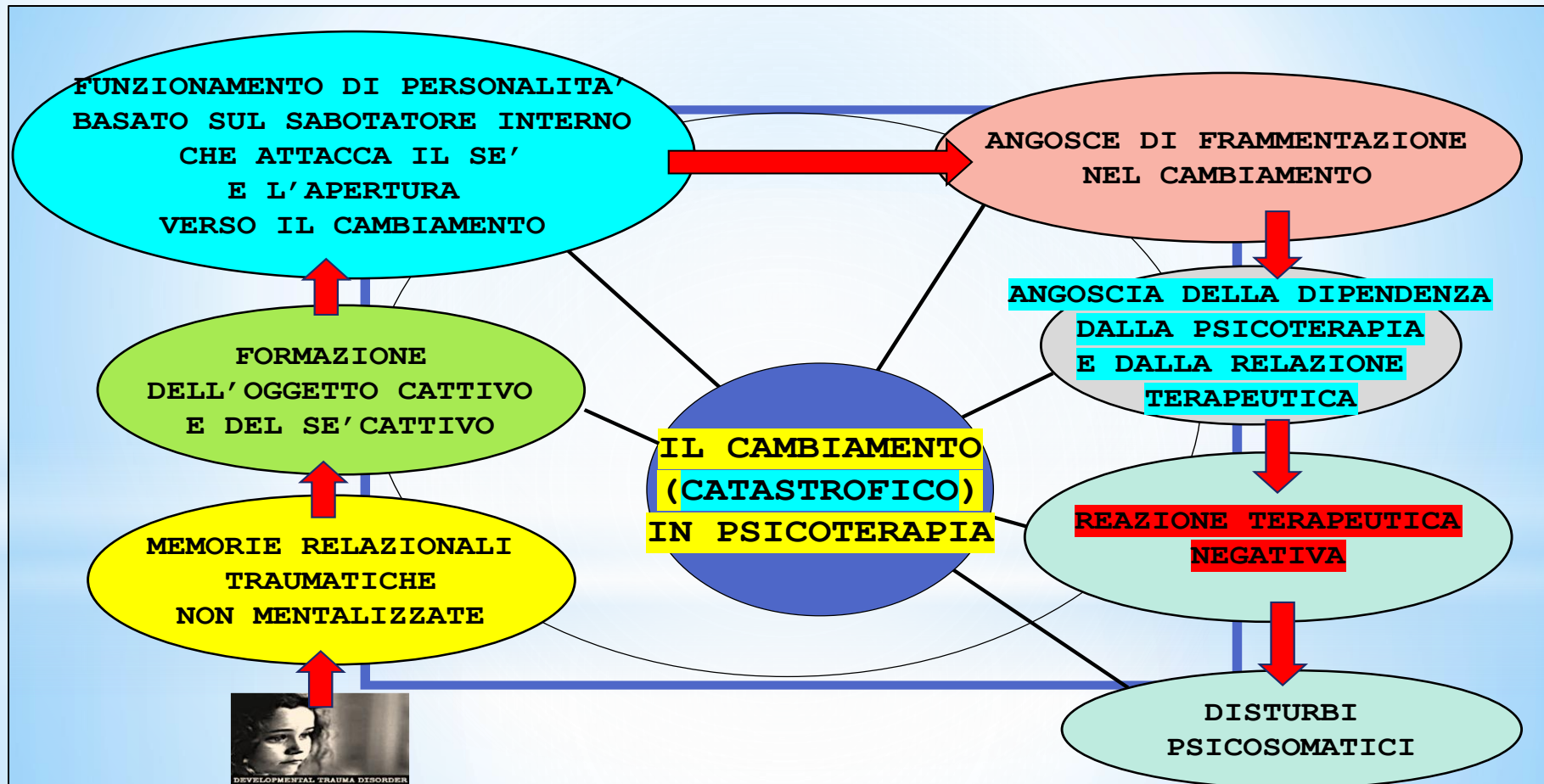
In sintesi, il cambiamento in psicoterapia, soprattutto quando avviene in modo profondo e significativo, può essere vissuto dal paziente come una sorta di catastrofe psichica, scatenando difese e reazioni emotive intense che, se non gestite adeguatamente, possono compromettere il processo terapeutico o l'alleanza con il terapeuta. Bion riteneva che fosse fondamentale che il terapeuta fosse consapevole di questi processi e fornisse uno "spazio contenitivo" per aiutare il paziente a integrare gradualmente il cambiamento senza sentirsi travolto.

GLI INDICATORI DELLA TRATTABILITÀ PSICHIATRICA DEGLI AUTORI DI REATO

Gli indicatori di trattabilità psichiatrica degli autori di reato con tratti antisociali includono vari aspetti legati alla motivazione, alla consapevolezza e alla capacità di instaurare un'alleanza terapeutica. In particolare, si considerano:

- 1. Motivazione al cambiamento:** la disponibilità intrinseca a modificare i propri comportamenti e a partecipare a un percorso terapeutico è un indicatore cruciale di trattabilità. Questo indicatore emerge attraverso la volontà del paziente ad aderire e a rispondere al trattamento nella prospettiva di comprendere le conseguenze delle proprie azioni e di rivedere il proprio sistema di valori.
- 2. Insight di avere un disturbo mentale:** è un indicatore chiave della trattabilità, specialmente negli autori di reato con tratti antisociali o personalità psicopatiche. Avere insight significa che l'individuo riconosce di avere un problema psicologico o comportamentale e comprende, almeno in parte, come questo influenzi il suo benessere e le sue relazioni, e da qui la richiesta di aiuto.
- 3. Consapevolezza del danno:** la capacità di riconoscere l'impatto negativo delle proprie azioni su se stessi e sugli altri rappresenta un importante segnale di trattabilità per interrompere schemi disfunzionali e ridurre la recidiva.
- 4. Capacità di instaurare un'alleanza terapeutica:** la disponibilità a fidarsi e a lavorare con un terapeuta, rispettando le regole del setting e del percorso terapeutico, è fondamentale. La difficoltà a creare legami autentici e stabili è una caratteristica del disturbo antisociale, per cui la motivazione a mantenere l'alleanza terapeutica è un indicatore positivo per la trattabilità.
- 5. Flessibilità cognitiva ed emotiva:** la disponibilità ad esaminare prospettive diverse e a condividere con il terapeuta emozioni contrastanti rappresenta un indicatore favorevole. I pazienti antisociali mostrano rigidità nei loro schemi di pensiero e una difficoltà a regolare l'arousal emotivo, per cui la disponibilità a lavorare su questi aspetti è essenziale per valutare la trattabilità.
- 6. Motivazione all'autoregolazione emotiva:** l'aderenza e la risposta alla regolazione dell'arousal (rabbia), è particolarmente rilevante per questi pazienti. La motivazione a migliorare l'autocontrollo delle risposte emotive e fisiologiche è un indicatore di riduzione della recidiva verso un percorso di cambiamento e di riabilitazione sociale.

Il **cambiamento catastrofico** costituisce un fenomeno evolutivo, di crescita mentale. Si può paragonare a un'esplosione che trasforma un momento pre-catastrofico in un altro, post- catastrofico, ricco di emozioni. È associato perciò a una trasformazione. Non è un disastro, ma il punto di partenza di un'evoluzione. (...)
Sebbene si tratti di una situazione emotiva profonda, si intreccia con un sentimento di crisi che si può cogliere sia nella vita psichica che nel gruppo e nella società. (Bion)



La reazione terapeutica negativa, il ritorno dell' Oggetto Cattivo, angosce di frammentazione



Prefazione

Questo volume descrive come si può aiutare il paziente a superare quello che Freud ha descritto come l'ostacolo più grave per la psicoterapia: la reazione terapeutica negativa. È l'oggetto cattivo il principale responsabile di questa reazione — la strada traditrice sulla quale il processo terapeutico spesso si blocca. Il paziente e il terapeuta che affrontano le traversie del viaggio terapeutico somigliano spesso a Ulisse e al suo equipaggio, costretti ad affrontare demoni, sirene e ciclopi che minacciano di ostacolare il loro lungo viaggio. Di fatto questi demoni mitologici personificano le tante e diverse maschere dell'oggetto cattivo, spesso descritto come eccitante (ma non soddisfacente), capace di sedurre, stregare, creare una dipendenza come gli stupefacenti, inghiottire, rifiutare, punire e perseguitare.

L'oggetto cattivo comprende i reali attributi negativi delle figure genitoriali — spesso è una combinazione delle caratteristiche sia della madre che del padre insieme ad altre successive persone significative a loro somiglianti — e delle fantasie e delle distorsioni del figlio nei confronti di queste figure. Per quanto riguarda questo secondo aspetto, le esperienze insoddisfacenti con le figure genitoriali provocano frustrazione e rabbia, che danno la loro impronta alla percezione dell'oggetto da parte del bambino. L'oggetto cattivo diventa perciò spesso più potente e persecutorio delle figure genitoriali reali su cui è basato, non lasciando al bambino alcuna alternativa se non quella di rimuovere, scindere e proiettare l'oggetto terrificante e spaventoso. La definizione 'cattivo' riferita all'oggetto non riguarda una valutazione morale, ma piuttosto l'esperienza insoddisfacente soggettiva che il bambino vive con l'oggetto.

Il progresso terapeutico pone il paziente e il terapeuta sotto la minaccia della collera terribile dell'oggetto cattivo. Il paziente si trova in conflitto tra la lealtà e la paura verso l'oggetto cattivo e il desiderio di entrare in un rapporto con l'oggetto buono che favorirà la separazione dall'og-

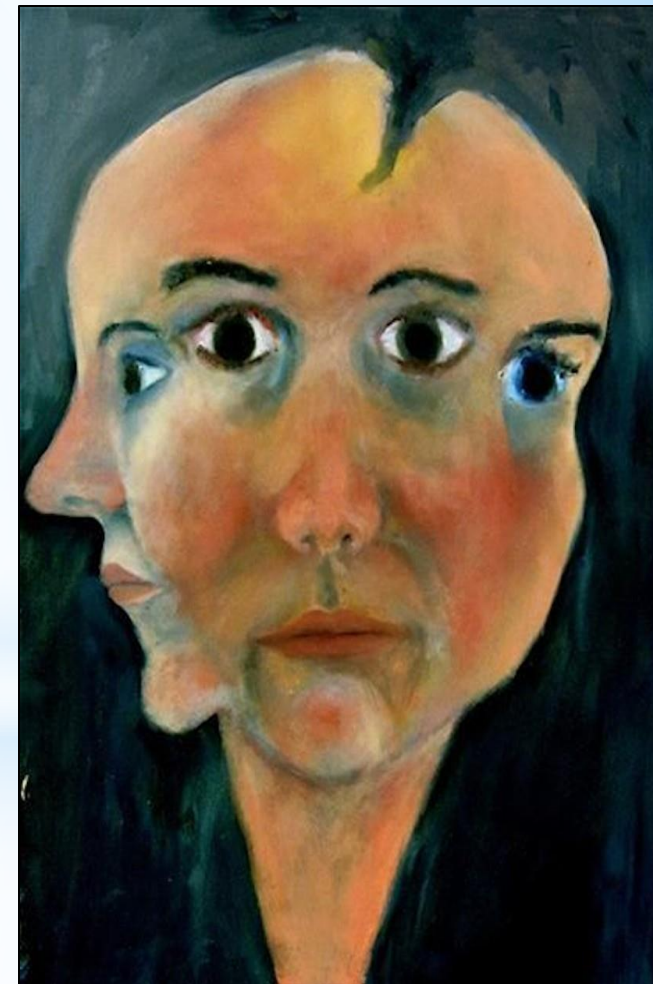
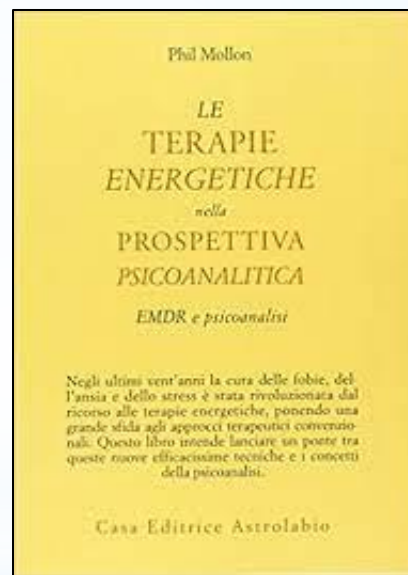
cia di frammentazione e alle difese da essa. Per continuare l'analogia astrofisica, è come se Kohut abbia cominciato a guardare oltre i domini reali e manifesti (benché inconsci) della psiche trovando le aree della materia oscura e dei buchi neri che influiscono su ciò che si osserva. I transfert di oggetto-sé, di rispecchiamento, idealizzante e gemellare tendono a rimanere invisibili finché non vengono mandati in frantumi. È attraverso i prodotti della loro disintegrazione che se ne distingue l'esistenza.

L'angoscia di disintegrazione è difficile da esprimere e da comunicare, in confronto ad altre angosce più specifiche (come quelle descritte da Freud: perdita dell'oggetto, perdita dell'amore, paura del Super-Io, castrazione). Ha scritto Kohut (1977):

... l'espressione di un'angoscia maldefinita ma intensa e pervasiva che accompagna l'affiorare nel paziente della consapevolezza che il suo sé si va disintegrando (frammentazione grave, seria mancanza di iniziativa, profonda caduta dell'autostima, senso di profonda mancanza di significato), può anch'essa inizialmente essere velata; analizzando può tentare di esprimere la sua consapevolezza delle temibili alterazioni nello stato del proprio sé attraverso il tramite di verbalizzazioni che concernono paure circoscritte (ed è solo gradualmente e superando resistenze che le sue associazioni cominceranno a comunicare il contenuto centrale della sua angoscia, che egli in effetti può descrivere solo con l'aiuto di analogie e di metafore) (Kohut, 1977, pp. 102-103).

Una mia paziente, che, dopo circa dodici anni di terapia, oggi sta affrontando la conclusione dell'analisi dovuta alla necessità di trasferirsi in un altro paese, ha osservato: "L'unica cosa che si pone tra me e la disintegrazione sei tu". In un suo sogno, la casa in cui doveva andare ad abitare insieme al marito veniva crivellata dai tarli e rischiava di crollare al suolo. Il problema della paziente è che, se comunica con me, sa rappresentare la frammentazione con parole e simboli, ma, quando è sola, non ha alcun mezzo per esprimerla; la frammentazione allora si trasforma in un terrore schiacciante e senza nome, e la donna cade in uno stato che non le consente di pensare o usare le parole, ma le fa semplicemente vivere un'agonia psichica che va oltre la comunicazione. In un simile stato mentale, il senso di solitudine e di desolazione è completo. La sua infanzia è stata caratterizzata da isolamento, rifiuto, freddezza emotiva e abuso sessuale, innestatisi forse su un temperamento di tipo ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disturb*, Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) che ha incentivato la tendenza alla frammentazione. Un'altra caratteristica di questa paziente è che a una conoscenza superficiale può apparire piuttosto normale: intelligente, colta, educata; ma si tratta di una vernice della personalità, che ricopre un nucleo di frammentazione e di agonia psichica.

Angosce di frammentazione nel cambiamento psico-somatico

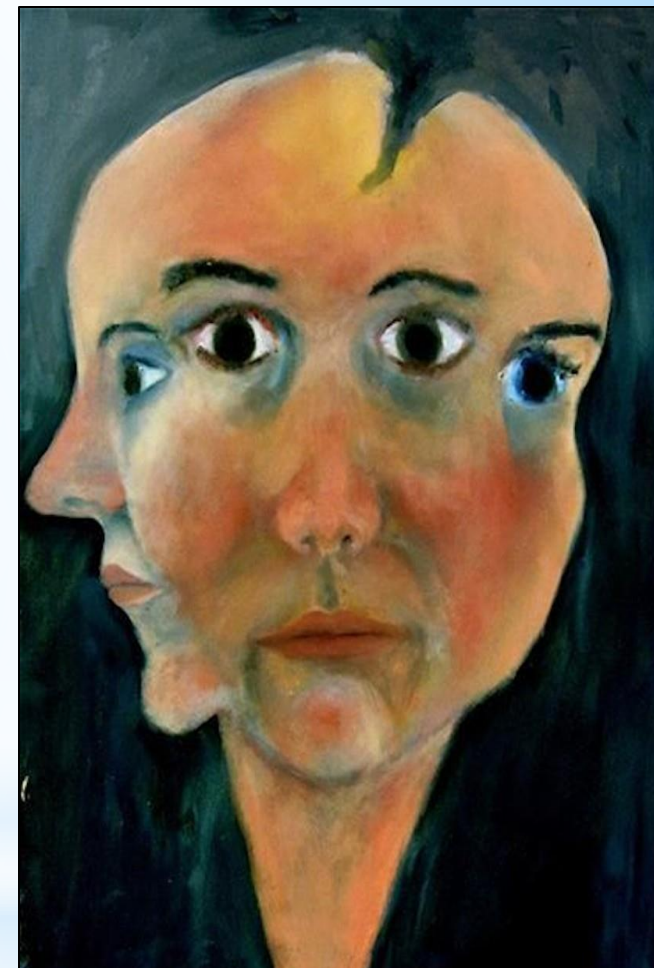
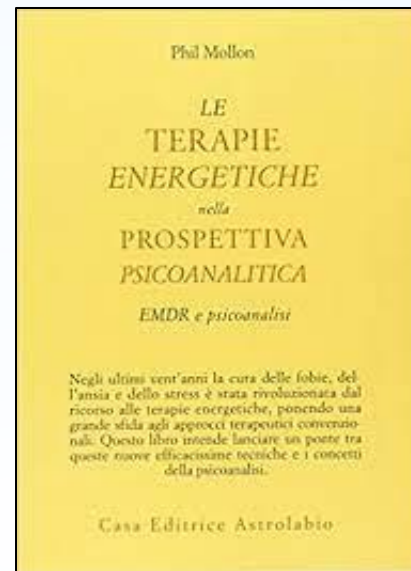


nivano uccise e sostituite con copie identiche che, però, si comportavano secondo i desideri dei loro mariti (Mollon, 2002b). Se il bambino interiorizza l'ambiente psichicamente omicida, da allora in poi, per tutta la vita, continuerà a essere perpetrato l'assassinio del sé autentico, in quanto il processo verrà particolarmente attivato ogniquale volta incomberà la minaccia di intimità emotiva e attaccamento genuini. Il mantenimento della struttura psichicamente omicida viene suscitato dall'angoscia di disintegrazione.

Nel quadro espositivo fin qui delineato, ho descritto come lo stadio del sé frammentato e la minaccia della regressione vengano neutralizzati dall'assimilazione di strutture estranee erroneamente percepite come 'sé'. Se gli viene offerto un ambiente terapeutico, il paziente può cercare inconsciamente di tornare ai bisogni dell'oggetto-sé non soddisfatti nelle prime fasi della vita, scartando le strutture del falso sé, ma rischiando al tempo stesso di precipitare in una frammentazione irreversibile. Prima di effettuare il lavoro analitico, il paziente non conosce né se stesso né l'altro. È solo togliendo di mezzo i simulacri del transfert,² in modo da percepire in termini di immagini imposte i due che si trovano nello studio analitico (il sé e l'altro), che il sé veramente spontaneo ed essenzialmente sconosciuto può cominciare a emergere. Questo momento di crescita e di cambiamento reca con sé il terrore della disintegrazione, in quanto comporta l'abbandono di strutture note.

IMPLICAZIONI DEL LAVORO CON L'EMDR

Poiché l'EMDR e gli approcci energetici tendono a produrre molto in fretta l'elaborazione, è naturale che l'angoscia di disintegrazione venga alla ribalta. Un rapido cambiamento, anche se positivo, può essere allarmante, specialmente quando l'Io, o l'organizzazione psicologica della persona, è rigido o fragile, come può avvenire se il bambino ha dovuto instaurare un'indipendenza e un autocontrollo precoci poiché l'ambiente in cui è stato allevato era inadeguato, violento o imprevedibile. L'EMDR allora si troverà a fronteggiare una forte resistenza, suscitata dall'angoscia di disintegrazione. Ciò potrebbe costituire la base di una reazione terapeutica negativa, o di quel fenomeno che gli psicologi energetici chiamano 'rovesciamento psicologico'. Entro certi limiti è possibile contrastare la reazione negativa all'elaborazione affrontando l'angoscia di disintegrazione stessa con l'EMDR o l'EFT. L'angoscia di disintegrazione deve essere compresa e spiegata.



LA MINACCIA DI INTIMITA' EMOTIVA

Angosce di frammentazione nel cambiamento psico-somatico

96 *Le terapie energetiche*

traverso le funzioni dell'oggetto-sé fornite dall'oggetto, ma non riguarda essenzialmente il rapporto con quest'ultimo. A Kohut interessavano problemi psichici piuttosto diversi da quelli di cui si sono occupati i kleiniani o la scuola delle relazioni oggettuali, o forse perfino le attuali scuole relazionali di psicoanalisi degli Stati Uniti. Tuttavia, i disturbi, le tensioni e le angosce relative alla struttura del sé possono rafforzare i disturbi relazionali. Una persona può aggrapparsi alle strutture o ai moduli patologici delle relazioni oggettuali, poiché il cambiamento minaccerebbe la frammentazione del sé. In tal modo, i modelli operativi interni di relazione, come pure i sistemi di credenze (sistemi religiosi e politici) possono essere tenacemente conservati perché tali strutture costituiscono l'esperienza della persona. L'emergere del sé autentico sconosciuto può suscitare terrore non meno che gioia.

Talvolta la paura del cambiamento è osservabile a livello fisiologico. Mi è capitato di notarla nelle vittime di grave abuso infantile: cercando di elaborare il trauma con l'EMDR o l'EFT, manifestavano una particolare resistenza a far scendere la propria eccitazione e la propria angoscia al di sotto di un certo livello. Una di queste persone fu colta da un grave attacco di panico quando tentò di ascoltare un'audiocassetta rilassante: si rese conto, in realtà, che l'idea di rilassarsi la terrorizzava. Come altri pazienti, sembrava usare la propria muscolatura e l'eccitazione fisiologica come strumenti per costruirsi una corazza corporea (Reich, 1949), che teneva insieme il sé e lo proteggeva da un mondo ostile.

Nel discorso di Kohut è implicito che, anche una volta instaurato un sé coesivo, la minaccia di frammentazione resta, sempre pronta a invadere il sé in caso di circostanze avverse. Secondo Kohut, chi è affetto da psicosi, sindrome borderline o stati schizoidi non è trattabile con la psicoanalisi perché questa rischia di esacerbare il soggiacente stato di frammentazione del paziente. Senz'altro la fenomenologia di molti stati mentali gravemente disturbati (come per esempio le voci allucinatorie e le deformazioni percettive) può essere in parte interpretata come espressione dei 'prodotti di disintegrazione' della psiche frammentata.

Come se non bastasse, Kohut ha messo in luce che l'angoscia di frammentazione può presentarsi nei momenti cruciali di cambiamento psichico, allorché una preesistente organizzazione disadattiva dell'oggetto-sé sta per essere abbandonata. Per esempio, il signor Z. (Kohut, 1979), proprio mentre stava cominciando ad abbandonare l'arcaico legame con la madre per passare a un'organizzazione dell'oggetto-sé con la forte figura paterna (espressa nel transfert e nell'emergenza di positivi ricordi infantili relativi al padre), ebbe

un certo numero di esperienze paurose quasi-psicotiche, nelle quali egli si sentiva come disintegrare ed era assalito da intense preoccupazioni ipocondria-

L'angoscia di disintegrazione 97

che. In quei momenti sognava di paesaggi desolati, di città bruciate e, cosa profondamente sconvolgente, di ammassi di corpi umani ammonticchiati (Kohut, 1979, pp. 56-57).

In uno di questi sogni vedeva la madre che, in piedi, gli dava le spalle. Ciò era accompagnato dall'"angoscia più profonda che egli avesse mai visto" (*ibid.*): così il paziente esprimeva la propria presa di coscienza che la madre si era gelidamente allontanata da lui quando egli aveva cercato di affermare la propria indipendenza, nonché l'emergente consapevolezza che non gli aveva mai presentato un volto rispecchiante e sorridente in risposta alle sue iniziative evolutive.

PIÙ AMPIE PROSPETTIVE SUL SÉ-CORPO FRAMMENTATO

Il tema del sé-corpo frammentato ricorre nelle teorie di molti analisti. Lo stesso Kohut ha attinto alla deduzione freudiana di uno stato autoerotico anteriore a quello del narcisismo e della formazione dell'Io, nonché al concetto di Glover di 'nuclei dell'Io'. Con parole simili a quelle usate da Winnicott, che parlava di 'impensabili agonie', Kohut (1984, p. 27) ha scritto delle "indicibili angosce che accompagnano... uno stato prepsicologico". Anche Lacan ha fatto riferimento allo stadio dell'"immagine corporea frammentata", anteriore all'involupamento nella rete delle immagini e del linguaggio forniti dalla cultura prevalente. Queste sono le versioni lacaniane dell'oggetto-sé. Così, per Lacan, anche se l'Io, cioè il senso illusorio di un sé coerente, è radicato in questa alienante identificazione con le immagini esterne, la minaccia della frammentazione è sempre presente e dà origine a ciò che egli chiamava 'passione narcisistica', "la furiosa passione, che specifica l'uomo, di imprimere nella realtà la propria immagine..." (Lacan, 1948, p. 110). Lacan ha rilevato che tutti noi dobbiamo costruire la nostra 'identità' a partire dai ruoli, dalle immagini e dal linguaggio di cui disponiamo nell'ambito della cultura di appartenenza, specialmente la microcultura della nostra particolare famiglia di nascita. Tutti gli esseri umani sono nati in una cultura, ma le culture sono altamente variabili e plastiche. L'identità, il sé, cui gli esseri umani danno valore e che proteggono con tanta veemenza, è totalmente illusorio. Eppure è la minaccia di questa illusione che, svelandoci ed esponendoci alla frammentazione e al terrore, ci fa aderire a essa con tanta passione, come viene dimostrato dai conflitti tribali e dalle forme di fanatismo religioso succedutisi nel corso della storia. Io ritengo che il desiderio di sfuggire al terrore della disintegrazione dell'immagine illusoria susciti ovunque la tendenza umana a terrorizzare gli altri e a imporre loro un'identità. È probabile che la distribuzione e l'equilibrio del potere mon-

Phil Mollon

LE TERAPIE ENERGETICHE nella PROSPETTIVA PSICOANALITICA EMDR e psicoanalisi

Negli ultimi vent'anni la cura delle fobie, dell'ansia e dello stress è stata rivoluzionata dal ricorso alle terapie energetiche, ponendo una grande sfida agli approcci terapeutici convenzionali. Questo libro intende lanciare un ponte tra queste nuove efficacissime tecniche e i concetti della psicoanalisi.

Casa Editrice Astrolabio





.....Ma la sensazione di calma è a doppio taglio! Quando una persona con una storia di trauma grave inizia a calmarsi, il suo corpo può essere innescato per andare in difesa, se gli spunti di calma e immobilizzazione sono associati con una violazione di fiducia e abuso. Funzionalmente, quando il corpo abbandona la difesa, diventa vulnerabile e può innescare una memoria implicita associata a un evento durante il quale la fiducia era stata violata.

Ipoteticamente, essere calmi e fidarsi di un altro non dovrebbe creare vulnerabilità. Ma per molti con storie di traumi, questo scatena sentimenti di vulnerabilità.