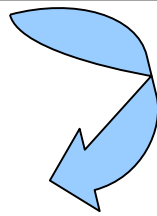


CLINICA PSICOANALITICA DELL'ASCOLTO

Professoressa Antonella Granieri

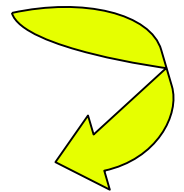
Riflettere sulle diverse correnti della psicologia
mette in luce come esse, nella spiegazione
psicologica, isolino e privilegino alcune categorie di
variabili : **fisiche, biologiche, mentali** (consce o
inconsce) **comportamentali e sociali.**



IERI

mente = specchio del mondo, organo che risponde a stimoli

comportamento = funzione rispondente e automatica dell'individuo agli stimoli;



OGGI

mente = attività organizzatrice in interazione con l'ambiente concepito nella sua complessità

condotta = forma di attività altamente organizzata e controllata dai processi di elaborazione di informazione della mente

Nella psicologia contemporanea:

Mente, corpo e comportamento sono spiegati nell' ambito di una concezione più integrata, dinamica e processuale dell' uomo inteso come organismo attivo che vive e si evolve grazie a continui scambi con l' esterno

PSICOLOGIA
GENERALE



Disciplina teorica



Obiettivo:

Descrizione e
spiegazione della
condotta umana

PSICOLOGIA
DIFFERENZIALE



Disciplina che individua
le differenze
interpersonali



Obiettivo:

Uso di parametri

PSICOLOGIA
CLINICA



Disciplina applicata



Obiettivo:

Si occupa del
benessere mentale
dell'uomo

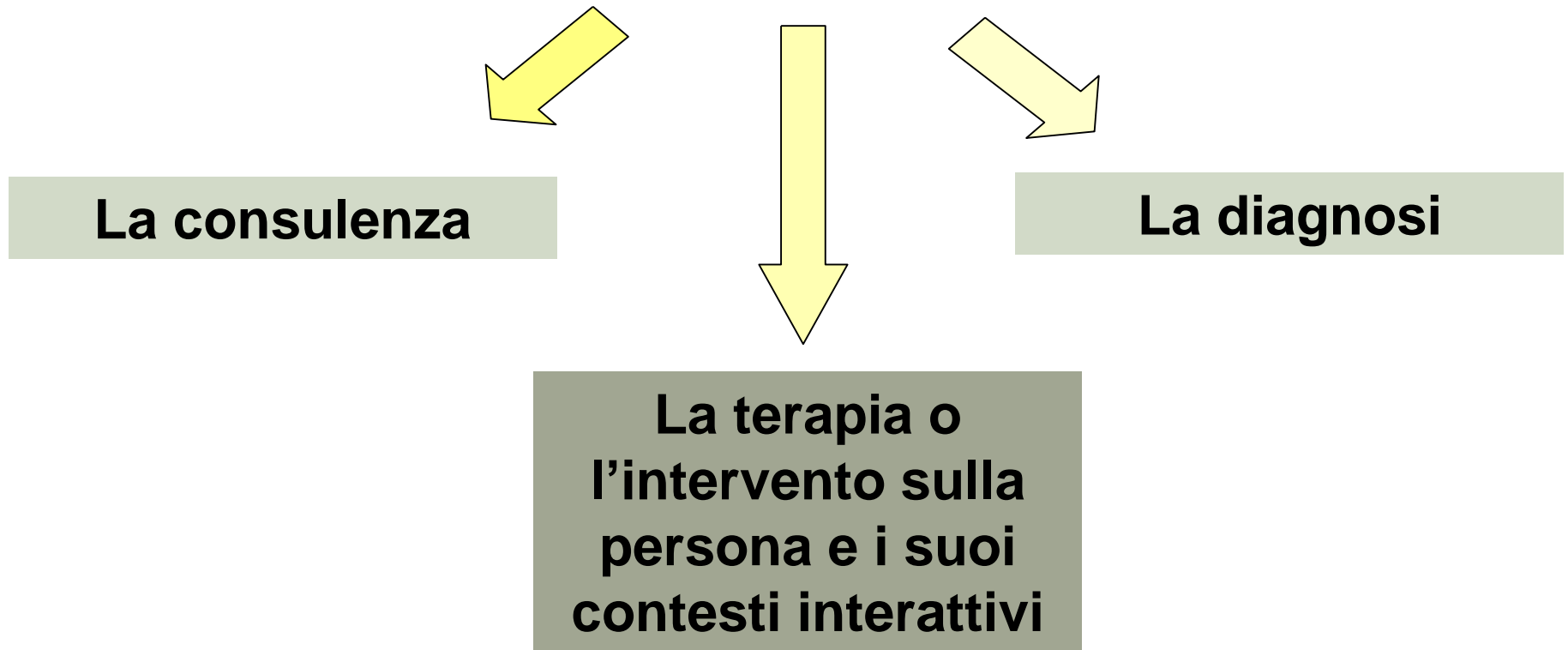
PSICOLOGIA CLINICA

(Statuto del Collegio dei Professori Universitari e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane)

METODICHE: codificate da protocolli operativi, riconosciuti e legittimati dalle diverse tradizioni di studio, di ricerca e di applicazione clinica.

Tra le metodiche presenti assume particolare rilevanza come strumento di intervento il sistema soggettivo dello psicologo clinico.

FINALITÀ DELLE METODICHE



IL TRAUMA

Vi è trauma emozionale e psicologico in tutte quelle condizioni:

- **continuative** o **temporanee**,
- **cumulative** o **improvvisi**

che comportano forme di **deprivazione** per eccesso o per difetto
sul corpo e sulla mente **in formazione** e crescita.

Le deprivazioni sono spesso determinate da caratteristiche psichiche e atteggiamenti emotivi dei genitori/caregiver (bisogni, sentimenti, pensieri modulati non in modo adeguato).

In termini più generali tutte quelle forme di:

- ➡ **trascuratezza emotionale**
- ➡ **disattenzione**
- ➡ **insensibilità**
- ➡ **svalorizzazione e tirannide**
- ➡ **non rispetto dei limiti e sfruttamento**



Non viene percepito ciò che è del bambino, egli non può evolvere mancando le condizioni minime di sicurezza emotiva e mentale



DEFICIT EVOLUTIVI

IL TRAUMA COME FENOMENO PATOGENO

NON È

- l'evento in sé
- o la sua persistenza

È

- il diniego successivo da parte dell'adulto che lo compie

Nel **DINIEGO** sono negati e disconosciuti:

- la percezione che ha il bambino della realtà
- la realtà e lo sviamento che il genitore impone



Il bambino viene trasportato in un luogo mentale non suo



Annulla il valore del
bambino come persona



Altera la consapevolezza



Si produce una ferita narcisistica nell' amore di sé



- IPERVULNERABILITÀ
- MORTIFICAZIONE
- DISORGANIZZAZIONE MENTALE

Clinicamente constatiamo

PIETRIFICAZIONE



La relazionalità e la
soggettività non nominate,
non accolte, violate vivono nel
corpo e a livello somatico



La vitalità del soggetto mortificata
(svariati i sintomi che lo segnalano)

Nei casi gravi l'organismo stesso e la propria
mente possono essere trattati come stranieri e
pericolosi



Una sorta di suicidio psichico, che in realtà è
rivolta furiosa contro tutto e tutti, sé stessi
inclusi

IL TRAUMA

Fattore di grave disturbo di origine extra-psichica che coglie un corpo e una mente non preparati che necessiterebbero di funzioni e disposizioni mentali ed emotive per svilupparsi ed armonizzarsi nell' identità unica e specifica di ogni individuo (Borgogno, 2004).

In psicologia clinica vi è un'altra lettura, concettualmente diversa (**DSM**), del trauma che “pone l'accento su un non specificato stress, ossia nella risposta dell'organismo” (che potrebbe essere dovuta anche a fattori interni) (Sirigatti, 2001).

REGOLAZIONE AFFETTIVA

- Fin dalla nascita madre e bambino formano insieme un sistema di comunicazione affettiva in cui la madre gioca un ruolo interattivo vitale perché modula gli stati emotivi del bambino.



- **IL RISPECCHIAMENTO** che il genitore offre al bambino anche rispetto agli stati emotivi inconsci è decisivo nel determinare l'**ELABORAZIONE SIMBOLICA** degli stessi.

È all'interno delle interazioni di accudimento che il bambino costruisce rappresentazioni e coglie differenti pattern affettivi a partire dall'influenza che i propri stati emozionali hanno sulla risposta emozionale del caregiver: vocale, facciale e posturale.



Le proprie emozioni possono essere riconosciute e mentalizzate dal bambino grazie alla ricaduta di queste sulla mamma/caregiver.



È in questione il **significato emotivo** che la mamma/caregiver dà alle comunicazioni emotive del bambino

REGOLAZIONE AFFETTIVA FUNZIONALE

- Il bambino **non** avrà **confusione** rispetto alle proprie emozioni.
- Esse potranno essere **riconosciute** e **integrate** nel proprio Sé

La mamma/caregiver può **reagire all'incontro
emotivo** con il bambino con:

- fastidio
- spavento
- ansia

- rabbia
- odio
- disgusto

REGOLAZIONE AFFETTIVA DISFUNZIONALE

Il bambino comincia a evitare o escludere ogni sentimento che gli appartiene per non evocare nella madre/caregiver quelle emozioni pericolose



Non si può formare l'immagine del proprio mondo interno

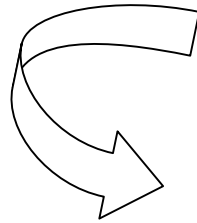


ABUSO PSICOLOGICO

STEREOTIPATA

“FINZIONE IMMAGINATIVA”

SCARSA CAPACITA' DI “GIOCARRE CON LA REALTA'”



L'affettività mentalizzata è una funzione psichica che può essere migliorata con il lavoro psicoterapeutico.

PRINCIPALI SINTOMI A FRONTE DI TRAUMI EMOZIONALI E PSICOLOGICI

- zone morte
- paralisi del pensiero e dell' affettività
- depressione priva di oggetto
- personalità come se

- ritiri schizoidi
- organizzazioni patologiche
- perversioni
- psicosi vera e propria

PARTE CLINICA

IL **PAZIENTE** comunica il suo mondo interiore, originatosi nell'infanzia, attraverso le pressioni e i sentimenti che l'analista avverte nella sua mente e nel suo corpo (Fonagy, 1999)



Il **LAVORO ANALITICO** sulle esperienze precoci non si configura unicamente come lavoro di interpretazione a partire da associazioni verbali

L'indicatore significativo dell'incontro avvenuto è la **PERSONIFICAZIONE**, da parte del terapeuta, delle parti scisse proiettate e negate dal paziente



Operazioni mentali
preconsce di **rêverie**

- **Contenimento** psico-corporeo delle emozioni
- **Accoglimento** non solo fisico ma psico-affettivo

IL LAVORO PSICOTERAPEUTICO

NON È

- un lavoro di codifica e spiegazione dell' esistenza della realtà traumatica
- sola interpretazione

È

- capacità di coinvolgimento emotivo e di comprensione
- disponibilità a raggiungere e pensare il luogo oscuro in cui è il paziente (interpretazione e contenimento all' unisono)
- costruzione di un ambiente nuovo per una coppia terapeutica-paziente in grado di produrre una nuova regolazione affettiva

PROBLEMI E DIFFICOLTÀ

- I pazienti manifestano **agiti** nella relazione con il terapeuta
- I pazienti portano in seduta **aspettative inconsce, pattern mentali e culture familiari** e transgenerazionali e li esplicitano attraverso procedure di relazione interpersonale non consciamente accessibili al soggetto

FINALITÀ

- Superare il timore che il paziente ha verso quegli aspetti terrifici di sé che lo esponevano all'esperienza di frantumazione interna
- Elaborare e creare nuove procedure di relazione

ORGANIZZAZIONI STRUTTURALI

- **NEVROTICA**
- **AL LIMITE**
- **PSICOTICA**

Indipendentemente dai fattori genetici, costituzionali, biochimici, familiari, psicodinamici o psicosociali che concorrono nel dare origine alla malattia, gli effetti di questi fattori vanno a confluire nella struttura psichica individuale che poi diventa la matrice da cui si sviluppano i sintomi osservabili nel comportamento (Kernberg, 1975)

CRITERI STRUTTURALI

IDENTITÀ

- **NEVROTICA.** Le rappresentazioni del Sé sono nettamente delimitate. Identità integrata: le immagini contraddittorie del Sé e degli altri sono integrate in concezioni complessive.
- **AL LIMITE.** Dispersione dell'identità: gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e tenuti separati.
- **PSICOTICA.** Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate oppure è presente un'identità delirante.

OPERAZIONI DIFENSIVE

- **NEVROTICA.** Rimozione e difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, intellettualizzazione. Le difese proteggono il paziente dal conflitto intrapsichico.
- **AL LIMITE.** Perlopiù scissione e difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza, svalutazione.
- **PSICOTICA.** Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione.

ESAME DI REALTÀ

- **NEVROTICA.** È mantenuta la capacità di esaminare la realtà: la differenziazione del Sé dal non-Sé, delle origini intrapsichiche di percezioni e stimoli.
- **AL LIMITE.** Si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti di realtà. Esiste la capacità di valutare il Sé e gli altri.
- **PSICOTICA.** La capacità di esaminare la realtà è persa.

AMBIENTE

In psicoanalisi questo termine non si riferisce esclusivamente alla realtà esterna ma indica l'atmosfera relazionale ed emotiva con la quale l'individuo continuamente interagisce e nella quale cresce ed esperisce la propria vita.

Molti psicoanalisti moderni considerano la realtà psichica di ogni individuo come imprescindibile dal contesto relazionale e affettivo in cui vive.

AFFETTO

Da una concezione di tipo prevalentemente **intrapsichico** a una di tipo **interpersonale**, attenta cioè alle implicazioni relazionali e ambientali ad esso intrinsecamente correlate

L' affetto, un' esperienza soggettiva
di natura biologica e psicologica,
possiede al tempo stesso
una specifica funzione comunicativa e cognitiva



■ Sviluppo di una
capacità introspettiva

■ Sviluppo di una
possibile comprensione
dell' Altro

È la modalità primaria di **conoscenza** e
di **adattamento** di cui il bambino,
ma anche l'adulto, dispone.

L'affetto è pertanto, di natura **pre-logica**:
precede cioè l'acquisizione
di un pensiero logico comunicabile
attraverso il linguaggio.

EMOZIONE

Modalità conoscitiva di cui l'individuo dispone.

Si colloca in una zona intermedia tra:

- **Attività biologica** comporta una risposta immediata e involontaria a uno stimolo, di natura fisiologica.
- **Attività mentale** si riferisce all'esperienza soggettiva legata alla specificità del singolo individuo e esperita come azione personale.

A differenza della percezione sensibile di un oggetto o evento l'emozione comporta una **valutazione soggettiva** relativa alla sua piacevolezza/spiacevolezza.

L'effetto della valutazione assume la forma di **sensazione** corporea capace di condizionare a livello operativo e comportamentale la risposta data allo stimolo.

L' EMOZIONE implica che vi sia un oggetto/ situazione *percepito e valutato* soggettivamente tanto da poter influenzare, a un qualche livello, i nostri pensieri, obiettivi e comportamenti

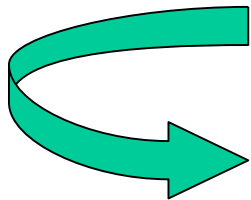


Dimensione neurofisiologica



Dimensione valutativo-psicologica

La persona sviluppa un pensiero astratto e razionale radicato nella sua sensibilità e valutazione emotiva attraverso la costruzione di
Modelli Operativi Interni



Rappresentazioni mentali che il soggetto ha di Sé e dell'altro a partire dalle precoci interazioni con la figura di accudimento (Bowlby, 1973)

Riflettere sulle diverse correnti della psicologia mette in luce come esse isolino e privilegino alcune categorie di variabili nella spiegazione psicologica:

fisiche

biologiche

mentali (consce o inconsce)

comportamentali

sociali.

COMPORTAMENTISMO

1913 Watson

Obiettivo: porre la psicologia nell' ambito delle scienze naturali

Metodi: rigorosamente sperimentali e oggettivi

Oggetto di studio: il comportamento dell' organismo considerato in rapporto al proprio ambiente.

(Riduceva la ricerca psicologica a ricerca fisiologica).

Modalità di **intervento** pratico-applicativo nel campo della psicoterapia e della salute mentale:

Terapia del comportamento persegue modificazioni del comportamento, eludendo ogni riferimento al mondo intrapsichico. “I sintomi sono appresi e come tali possono essere disimparati (Mosticoni R., 1979)”.

COGNITIVISMO

Movimento delineatosi dopo gli anni 60'

La tradizione behaviorista costituisce il polo di riferimento dal quale nasce e si sviluppa con successive trasformazioni il cognitivismo.

Orientamento in divenire.

Oggetto di studio: è la mente, non più il comportamento.

Modalità di **intervento**: Sostituzione del paradigma S-R con il modello cibernetico.

Terapia persegue cambiamenti interni ed esterni al soggetto: interni riferibili all'attivazione di Sé situati funzionalmente adeguati e a un Sé riflesso in grado di dare un senso alla molteplicità dei sé situati;
esterni legati a modificazioni del comportamento osservabile

(Bara B., 1996)

GESTALT

**1912 Wertheimer, Koffka e Kohler e
sviluppatasi in America con Lewin**

Ha introdotto nella psicologia il principio della **totalità** e ha evidenziato le proprietà che governano gli insiemi e le strutture.

Oggetto di studio: la percezione

Modalità di **intervento**: Dinamica di gruppo e individua una terapia basata sulla consapevolezza percettiva ed emotiva “qui ed ora” delle relazioni “io-tu” (“interne” “esterne”).

SISTEMICI - RELAZIONALI

prospettiva teorica che spiega i fenomeni
psicologici in termini di relazioni tra individui

La mente e la soggettività sono fenomeni relazionali che si originano e si mantengono nell' **interazione sociale**

Oggetto di studio: la famiglia intesa come sistema omeostatico, in cui i cambiamenti di uno dei membri provocano cambiamenti in tutti gli altri membri

Modalità di **intervento**: ha come obiettivo il mutamento delle condizioni relazionali che sostengono il comportamento patologico. La terapia è un contesto conversazionale che permette la costruzione condivisa tra pazienti e terapeuti di nuovi significati.

PSICOANALISI

Orientamento che connette strettamente la componente di **ricerca** e di conoscenza psicologica alla componente operativa di **intervento** trasformativo e terapeutico

Oggetto di studio: la mente, modalità specifica di conoscenza, soprattutto nella sua parte inconscia, oltre che tecnica terapeutica.

Metodo: clinico, in base al quale la teoria nasce e si convalida nella pratica trasformativa della realtà.

I dati sono ricavati dall'osservazione e dal lavoro clinico

LA PSICOTERAPIA

modello psicoanalitico

il percorso terapeutico può rendere il paziente:

- più responsabile rispetto alla qualità delle proprie esperienze affettive
- più capace di esercitare la funzione psichica della regolazione affettiva
- maggiormente in grado di realizzare il proprio sè nella realtà

il soggetto diviene in grado di identificare i propri sentimenti, modularli e a manifestarli a se stesso e, nel tempo, all' esterno in modo operativo

IL DISTURBO PSICHICO E BREVE STORIA DEI MODELLI
DI PENSIERO DELLA PSICOLOGIA CLINICA

Il disturbo psichico

Nella cultura popolare sono tutt'ora presenti tenaci pregiudizi a proposito del male psichico — alcuni di essi sono sottesi alla prassi medica — .

- Da un lato, esiste l'idea secondo cui il disagio psicologico sia una “cosa di poco conto”.
- Dall'altro, esso può essere pensato alla stregua di una *malattia* e, di conseguenza, che sia possibile trattarlo attraverso le comuni metodologie caratteristiche delle scienze mediche.

Modelli esplicativi del disturbo psichico

Fino al XVII secolo la pazzia era ritenuta un fenomeno governato da forze demoniache e, come tale, *spaventoso e incomprensibile*.

Il disturbo psichico veniva letto come “possessione diabolica” e affrontato conseguentemente attraverso esorcismi o pratiche catartiche collettive (si pensi ad esempio al fenomeno del “tarantismo”, ancora in uso negli anni Cinquanta).

Tuttavia, il folle *non* veniva allontanato dalla comunità.

La ristrutturazione dell'assetto sociale operata nel periodo del Risorgimento pone il problema della ricollocazione del “deviante” nel tessuto della comunità.

Questo va allontanato, almeno inizialmente, perché opera in modo contrario alla ragione e perché, con il suo comportamento inappropriato, rischia di inquinare e rallentare la logica organizzazione del sistema socio economico.



La soluzione appare essere l'INTERNAMENTO
del folle in apposite “case di correzione”.

Il modello medico-psichiatrico

PINEL (1745/1826):

osservazione e descrizione del comportamento e dei sintomi delle persone cosiddette “devianti” al fine di una loro *classificazione*, per *individuare le cause* e dunque poter pensare a una possibile loro *cura*.

Istituzioni



ad esse si domanda la custodia, lo studio e il trattamento della malattia mentale.

Pinel pone le basi teoriche e metodologiche dell'*empirismo psichiatrico*.

Rende cioè possibile l'elaborazione della prima *nosografia descrittiva* dei diversi disturbi mentali.

Il modello nosografico-descrittivo

KRAEPELIN (1855/1926): la sua è un'impostazione anatomo-clinica, presta attenzione alla descrizione della *forma clinica* e, in particolare, a evidenziare il *decorso* e gli *esiti* dei diversi disturbi mentali.

A lui si deve lo sviluppo del *profilo clinico*
(*Trattato di psichiatria*, 1883).

BLEUER (1857/1939): il sintomo rappresenta il *veicolo* per l'espressione di *significati nascosti*.

La pratica clinica si svolge attraverso il *coinvolgimento emotivo*.
Con lui la psicologia si arricchisce del concetto di *schizofrenia*.

Il modello psicot dinamico

CHARCOT (1825/1893): introdusse alla Salpêtrière la neurologia e lì si istituisce la prima cattedra per lo studio delle malattie nervose.

Si dedica inoltre allo studio dell'*isteria* e del metodo ipnotico.

Si introduce quindi il concetto di *nevrosi*.

Charcot fu fautore di un notevole cambiamento nel campo della psichiatria: egli propone la nevrosi come disturbo psichico che può svilupparsi anche in *assenza* di un deficit organico direttamente evidenziabile.

JANET (1859/1947): allievo di Charcot alla Salpêtrière, individua nella formazione di *idee fisse subcoscienti* (in conseguenza di un evento traumatico) la causa e l'esito della “debolezza psichica” e sottolinea la valenza sostitutiva del sintomo nell'economia della psiche.

Introduce l'importanza della componente intersoggettiva nel rapporto tra medico e paziente: i due sono coinvolti in un processo terapeutico che si esplica e si sviluppa per mezzo della *relazione* tra di essi.

FREUD (1856/1939): individua una *continuità* tra il livello di normalità e il livello di patologia; la possibilità di guarigione, le modalità attraverso cui questa si può ottenere e il livello cui si riesce a pervenire dipendono fortemente dal *vissuto* del paziente.

Il sintomo, dotato di senso e intimamente connesso all'esperienza vissuta del soggetto, può essere conosciuto e riconosciuto solo nel contesto di una *relazione terapeutica*.

Psichiatria → Psicoanalisi

- Viene messo in crisi il dogma della totale organicità della malattia mentale.
- Viene posta maggiore attenzione alla “normalità” e alla mente sana quale luogo di osservazione capace di accrescere la comprensione della psicopatologia e di permettere la messa in luce di nuove conoscenze circa questa.
- Avviene una rivoluzione e un significativo spostamento del baricentro nei campi della ricerca e del metodo osservativo: si transita dal visibile del sintomo all’invisibile del conflitto intrapsichico.

Il modello fenomenologico

JASPERS (1883/1969): propone un nuovo approccio alla malattia mentale. Non si è più alla ricerca della causa organica ma del processo responsabile dello sviluppo di una particolare relazione con la realtà.

La comprensione (e non più spiegazione) del vissuto dell'altro passa attraverso l'immedesimazione.

Secondo l'autore di alcuni disturbi mentali, tra cui la schizofrenia, il vissuto è inaccessibile e dunque la loro comprensione va oltre le possibilità della psicologia.

Il modello fenomenologico-esistenziale

BINSWANGER (1881 / 1966): il suo *modello antropoanalitico* prende atto del particolare modo di “essere nel mondo” dell’individuo, che lo contraddistingue e lo differenzia dagli altri soggetti. L’esperienza della propria individualità è regolamentata da norme che è il soggetto stesso a scegliere e a modulare.

Secondo l’approccio esistenzialista, infatti, l’esistenza rappresenta una condizione ontologica dell’uomo condizionata dalle necessità del reale da un lato, ma anche dal grado di libertà proprio del soggetto di scegliere le modalità per lui più consone di reagire a tali necessità.

Daseinanalyse → o “analisi dell’esser-ci”, secondo la filosofia di Heidegger; analisi del soggetto nella sua relazione con la dimensione del tempo e con se stesso.

Dunque, analisi fenomenologica dell’esperienza di “essere nel mondo” del singolo e caratteristico soggetto.

Tale approccio teorico segna un progressivo superamento del dualismo tra mente/corpo, e quello tra sano/patologico.

L’attenzione viene qui posta alle polarità *autenticità/inautenticità* e ai concetti di *responsabilità* e *scelta* nel *presente*.

Terapeuta → colui che *facilita* l’autentico essere del paziente.

INCONSCIO

1915 **Prima topica freudiana:** descrizione strutturale della mente intesa come insieme di tre diversi sistemi psichici:

conscio – inconscio – preconscio

1922 **Seconda topica freudiana:** il termine inconscio non designa più un sistema psichico differenziato ma una proprietà che qualifica ciascuna delle tre istanze

Es – Io - Super-Io

Viene riconosciuta un'origine e una considerevole parte inconscia oltre che all'Es anche alle altre due istanze.

Psicoanalisi contemporanea: l'inconscio non coincide del tutto con il rimosso. Esistenza di “principi organizzatori” che prendono forma precocemente nella storia di ogni individuo e organizzano inconsciamente le esperienze emotive e relazionali divenendo a tutti gli effetti parti costitutive del Sé e della soggettività.

TRANSFERT

Processo attraverso cui un individuo mette in atto, nella relazione analitica, modalità di rapporto del passato riferite soprattutto ai primitivi legami con le figure di accudimento, così come sono state a loro tempo vissute e sperimentate.

Fanno parte del transfert anche le strategie inconsce,
attraverso le quali nelle situazioni intersoggettive
l'individuo ripropone schemi e modelli relazionali
precedenti e talvolta inappropriati

Freud lo intende come un “**ri-attualizzarsi**” del conflitto infantile in forma terapeuticamente utilizzabile.

Il transfert consente la comprensione del mondo interno

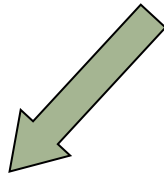
Il transfert diventa l’espressione della rappresentazione delle relazioni precoci tra l’individuo e le figure genitoriali e — in analisi — di un attaccamento edipico patologico all’analista

NEVROSI DI TRANSFERT

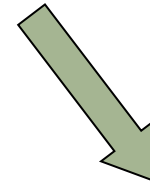
Freud teorizzò nel 1914 la **nevrosi di transfert** che includeva tanto un transfert positivo che uno negativo. Essa riproduceva, all'interno dell'analisi, gli affetti e le emozioni che accompagnano la situazione edipica originaria.

L'analisi di tutti gli aspetti della nevrosi di transfert divenne il requisito per una cura analitica efficace, viceversa avrebbe agito come una resistenza al riemergere alla coscienza delle fantasie inconsce.

Il transfert assume un duplice valore:



Resistenza al recupero



Riattualizzarsi del
conflitto infantile

Alcuni autori psicoanalitici contemporanei teorizzano il transfert in maniera **dissimile** da quello freudiano:

• **SCHAFER** (1977):

il Transfert consiste nella “sperimentazione emotiva del passato”

• **KERNBERG** (1987):

l’analisi del Transfert è sia analisi **nell’hic et nunc** delle relazioni oggettuali **passate** interiorizzate, sia l’analisi degli elementi di **conflitto** tra i vari aspetti delle **attuali** strutture psichiche.

- **BOLLAS (1987):**

il Transfert consiste in una **nuova esperienza** in cui ad elementi della vita psichica che non sono stati pensati è ora possibile concedere spazio e tempo.

- **STOLOROW e collaboratori (1987)**

prospettiva **intersoggettiva**: il transfert è il modo in cui i pazienti utilizzano i loro “principi organizzatori interni” per comprendere ciò che li circonda.

➔ Nel linguaggio di Bowlby i loro **modelli operativi interni**.

● **BORGOGNO (1995):**

Le relazioni oggettuali che si rendono vive nel transfert non appartengono solamente al passato e alla realtà psichica. Esse possono riguardare **l'attualità**, ciò che non è **mai accaduto** e che sarebbe invece dovuto accadere, oltre quanto può non essere **mai** stato prima **pensato** né simbolizzato

L'incarnarsi, nel presente della seduta, delle vicende del paziente, la sua richiesta inconscia all'analista di diventare oggetti e parti della sua personalità e di svolgere ruoli e funzioni non sono più interpretabili come resistenze, ma terreno su cui si fonda ogni conoscenza e **trasformazione**.

Consente:

- la progressiva “scoperta” del paziente da parte del clinico
- sentirsi riconosciuto e a sua volta riconoscersi

IL CONTROTRANSFERT

“Transazione” reciproca tra analista e paziente di sentimenti, pensieri, emozioni, significati che permette attraverso la riflessione sistematica su di essi, di conoscere qualcosa intorno alla mente e al comportamento dell’uomo in relazione (Borgogno, 1995).

FREUD:

Pur considerando il controtransfert un importante strumento conoscitivo nella comprensione analitica, ne individuò soprattutto i potenziali **pericoli** al punto da non giungere ad una sua trattazione teorica

➔ Egli consigliò piuttosto un approfondito lavoro psicoanalitico su sé stessi e il proprio inconscio in modo da far fronte a quanto direttamente sperimentato nella relazione con il paziente

Come il transfert, esso venne considerato un **intralcio** al trattamento (1912): il controtransfert era per Freud solo un'interferenza all'ascolto accurato dei processi inconsci e non poteva che condurre al fallimento nel mantenimento della posizione raccomandata (quella dell'analista — specchio)

FERENCZI:

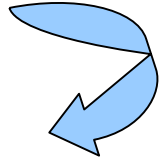
Per Ferenczi è importante riconoscere l'incidenza del funzionamento affettivo e cognitivo dell'analista sul paziente (*Metapsicologia dei processi psichici dell'analista*).
È inoltre indispensabile, accanto a un ascolto sospeso e ugualmente distribuito tra le comunicazioni reciproche, **l'immedesimazione** da parte dell'analista nei confronti del paziente, nella sua radicale "alterità".

La **risposta affettiva** dell'analista è vista come
l'ampliamento dell'area di accoglienza e di
contenimento.

Essa offre la possibilità di condividere un livello verbale
significativo per la coppia analitica: un'attività di
gestione mentale delle emozioni e delle sensazioni
reciproche sorte nell'incontro.

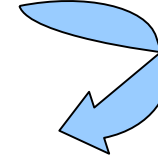
Sostare nella difficile situazione in cui si trova il paziente
aumentando l'ascolto e il coinvolgimento diviene
indispensabile.

IL CONTROTRANSFER



FREUD

Un'interferenza all'ascolto
accurato dei processi inconsci
un'interferenza rispetto alla
posizione raccomandata di
analista specchio.



FERENCZI

Riteneva, al contrario,
importante riconoscere
l'incidenza del funzionamento
affettivo e cognitivo
dell'analista sul paziente.

Auspicava una maggiore
immedesimazione dell'analista
nei confronti della radicale
alterità dell'altro, del paziente.

CONTROTRANSFERT

P. Heimann: una pietra miliare sul tema.

1949 - Il controtransfert: creazione del paziente, una parte della sua personalità che l'analista deve accogliere con attenzione sospesa per poter ascoltare i molti livelli presenti in seduta.

1955 — La dinamica delle interpretazioni di transfert: la risposta emozionale non si rivolge più unicamente alla fantasia inconscia ma all'Io del paziente investigandone i tratti distintivi e idiosincratici. Il traffico affettivo è a doppio senso: l'analista deve essere il più possibile consapevole di se stesso e di tutti quegli elementi che possono aver stimolato nel paziente risposte e reazioni intrapsichiche e interpersonali.

PAULA HEIMANN

1969 – Congresso Internazionale di Roma –
il contributo suo di ricerca si incentrerà sull’ “essere
responsivo dell’analista” e sulla risposta emozionale
come mezzo di incontro, e non solo strumento di
conoscenza e di comprensione.

RACKER – 1968

Secondo Racker si possono identificare due tipi di relazioni di controtransfert:

1. Il **controtransfert concordante**: percezione empatica del terapeuta di ciò che il paziente aveva sentito da bambino in relazione a un oggetto precoce

Il controtransfert concordante si lega alle operazioni mentali di sintonizzazione affettiva, di empatia e di rispecchiamento.

2. Il **controtransfert complementare** indica invece la percezione da parte dell'analista di ciò che la figura di accudimento aveva sentito verso il bambino.

Il controtransfert complementare ha a che fare con le operazioni mentali proprie dell'**identificazione proiettiva** e della **personificazione**.

Lo sviluppo del pensiero e della pratica clinica dopo Freud ha portato a una necessaria e proficua riflessione intorno ai meccanismi cognitivi ed emozionali in gioco nei processi relazionali e quindi anche nel rapporto analitico

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

L'identificazione proiettiva è il meccanismo attraverso il quale il soggetto introduce la propria persona — totalmente o parzialmente — all'interno dell'oggetto per danneggiarlo, possederlo o controllarlo. Il termine è spesso usato nel suo riferimento interpersonale, come intrusione di parti di sé dentro la mente di un'altra persona.

M. Klein ha descritto l'identificazione proiettiva come un meccanismo estremamente primitivo, di natura preverbale, centrale nelle modalità relazionali e comunicative del neonato e del bambino nei primi anni di vita.

Gli allievi della Klein, tra i quali in special modo Bion, hanno portato avanti lo studio di tale meccanismo inteso tanto come difesa quanto come specifica forma di comunicazione interpersonale.

Il concetto e le sue implicazioni teorico-cliniche rimangono centrali nella psicoanalisi odierna e coinvolgono non solo lo studio sullo sviluppo dell'individuo ma anche la dinamica all'interno dei gruppi e la riflessione intorno alla tecnica analitica (Borgogno, 1995)

PERSONIFICAZIONE

La personificazione da parte dell'analista condensa diversi livelli attraverso i quali

- Caratteristiche emozionali della figura di accudimento assente,
- Parti di sé scisse dal paziente, proiettate e negate,
- Oggetti sé

confluiscono in un unico polo ancora incerto.

Ciò che viene personificato dall'analista non è ancora un oggetto simbolicamente definibile. Per poter arrivare a questa condizione, in cui le emozioni siano pensabili all'interno della coppia, è necessario che:
le emozioni stesse si facciano conoscere transitando sul sé dell'analista e trasformandolo in qualche modo.

Nel condividere l'esperienza psichica e corporea della
personificazione, paziente e analista possono transitare
in quell'area di incontro che facilita le operazioni
mentali preconsce di rêverie

I sentimenti dell'analista si intrecciano con le idee dell'analizzato e le idee dell'analista (le sue immagini ideative) con i sentimenti dell'analizzato.

In questo modo:

- ➔ quelle immagini che sarebbero rimaste prive di vita diventano degli eventi psichici
 - ➔ le tempeste emotive fino ad allora prive di un contenuto vengono riempite di un contenuto rappresentativo
- (Ferenczi, 1932)

Il processo mentale appena descritto può avvenire poiché immagini e tempeste emotive incontrano un contenitore sufficientemente elastico e sensibile.

Un contenitore condiviso tra due in grado di realizzare una prima forma di reciprocità che parte dalla possibilità di fruire della dipendenza in modo meno persecutorio.

I pazienti in seduta portano:

- Aspettative inconsce
- Pattern mentali
- Culture familiari
- Culture transgenerazionali

E lo fanno attraverso procedure di relazione interpersonale.

Questo è lo snodo in cui la comprensione condivisa può aprire la via alla cura e alla trasformazione.

L'analista può aiutare il paziente a riconoscere ed elaborare in modo conscio antiche procedure per permettere la realizzazione di nuove.

Il paziente impara così a non temere quegli aspetti terrifici di sé che alimentavano il clima persecutorio che lo esponevano di continuo ad una esperienza di frantumazione interna che riguardava

- Il suo Sé
- I suoi oggetti di riferimento raggiunti dalle sue identificazioni proiettive

Sostanziale cambiamento di prospettiva:
ciò che permette la relazione con l'altro non è più solo
la capacità di riparazione del paziente che sta
guarendo, ma l'aver esperito un oggetto – analista
capace di contenere la sofferenza e la confusione in
cui a lungo il paziente si è trovato.

Attraverso questo lavoro si creano le condizioni per la
risoluzione dei circuiti ripetitivi e abitudinari della
mente e delle loro qualità patologiche

L'oggetto rimasto integro rispetto alle intense turbolenze
emotive può finalmente avere valore ed essere amato in
quanto sopravvissuto all'intensità e profondità della
regressione

PROCESSO PSICOTERAPEUTICO

L'oggetto rimasto integro rispetto alle intense turbolenze emotive può finalmente avere valore ed essere amato in quanto sopravvissuto all'intensità e profondità della regressione

Come conseguenza del sentire a due (paziente e analista) il paziente sarà in grado di interiorizzare l'oggetto personificato ed evolvere verso la distinzione tra inconscio e conscio necessaria all'Io per funzionare. Senza questo lavoro le parti psicotiche proliferano.

In questa prospettiva:

- l'affidabilità del legame creato
- la capacità dell'analista di accettare i cambiamenti che avvengono in lui
- la possibilità del paziente di esprimere una nuova capacità di sentire ed esserci costituiscono la remunerazione emotiva per i lunghi anni di lavoro passati in aree impervie prima di condividere il lavoro psichico necessario all'individuazione.

Si tratta cioè di affrontare l'esperienza del lutto che non riguarda
tanto le carenze ambientali traumatiche, ma soprattutto il dolore
e la paura di emanciparsi dai legami identificatori inconsci
(identificazioni a massa del caregiver
Gaburri, Ambrosiano, 2002)

BORGOGNO – 1995

Oggi il controtransfert viene inteso come:

“La risposta emotiva dell’analista al paziente (...) espressione dell’identificazione dell’analista con gli oggetti interni del paziente, e in quanto tale l’unica vera fonte di conoscenza psicoanalitica. Naturalmente questo avviene solo quando esso sia rispettosamente considerato e vagliato al fine di capire il mondo interno e relazionale del paziente”

PSICOANALISI

- **LA TEORIA FREUDIANA CLASSICA DELLE PULSIONI**
- **LA PSICOLOGIA DELL'IO**
- **LA TEORIA DELLE RELAZIONI OGGETTUALI**
- **LA PSICOLOGIA DEL SÉ**

TEORIA DELLE PULSIONI

La teoria dello sviluppo della personalità originariamente proposta da Freud era un modello di derivazione biologica che sottolineava la centralità dei processi istintuali:

Essa concepiva negli esseri umani un'ordinata progressione di interessi corporei a partire dalla dimensione orale, anale e fallica fino alla dimensione genitale.

➔ I bambini nelle prime fasi dell'esistenza (e gli aspetti infantili del Sé adulto) ricercano senza nessuna inibizione la gratificazione istintuale

Il contributo dei genitori dei pazienti alla loro psicopatologia è dovuto a un fallimento sia nell'eccessiva gratificazione delle pulsioni, che non dà al bambino nessuno stimolo per il progresso evolutivo, sia nell'eccessiva privazione, che oltrepassa la capacità del bambino di assorbire le realtà frustranti.

➔ La psicopatologia viene intesa quindi come arresto evolutivo e i fenomeni psicologici come residui di problemi relativi a una particolare fase di maturazione

La psicologia dell'Io

Con la pubblicazione de *L'Io e l'Es* (1923) Freud introdusse il suo modello strutturale e diede inizio a una nuova epoca teorica: i ricercatori analitici spostarono il loro interesse dai contenuti dell'inconscio ai processi attraverso i quali quei contenuti vengono sottratti alla coscienza

Es

Con il termine **Es** Freud indicava quella parte della psiche, *completamente inconscia*, che contiene pulsioni e impulsi primitivi, forze prerazionali, combinazioni di desideri, paure e fantasie.

L'Es cerca solo la gratificazione immediata ed è totalmente egoista, operando secondo il principio di piacere.

L'Es è preverbale e si esprime con immagini e simboli. Freud definiva *processo primario* la modalità cognitiva primitiva, che sopravvive nel linguaggio dei sogni, delle battute umoristiche e delle allucinazioni

Io

Con il termine **Io** Freud definì una serie di funzioni che consentono all'individuo di adattarsi alle esigenze della vita, trovando modalità accettabili all'interno della famiglia prima e della società poi per gestire gli impulsi dell'Es.

L'Io agisce secondo il principio di realtà ed è la sede del *processo secondario del pensiero*, modalità cognitive sequenziali, logiche, orientate secondo la realtà.

L'Io è “servo di due padroni”, l'Es e la realtà esterna, ed è in parte conscio e in parte inconscio (processi difensivi).

Super-Io

Con il termine **Super-Io** Freud definì quella parte della psiche che sovrintende alle cose, specialmente da una prospettiva morale.

Il Super-Io è in parte cosciente e in parte inconscio Assume importanti implicazioni prognostiche la valutazione della egodistonicità o egosintonicità del Super-Io nella percezione del paziente.

Uno degli obiettivi più frequenti in psicoanalisi è proprio la modificazione di un Super-Io inumanamente severo.

Importanti principi clinici derivanti dalla Psicologia dell'Io:

- ➔ Progresso nel descrivere quei processi – che oggi vengono classificati sotto il nome di *difese* – di estrema rilevanza nella diagnosi del carattere.
- ➔ Distinzione tra difese *più arcaiche* e difese *più mature*, le prime caratterizzate dall'evitamento psicologico o dalla distorsione radicale dei fatti disturbanti della vita, le seconde che implicano invece molti adattamenti alla realtà.
- ➔ Convinzione che la salute psicologica implichi non solo difese mature, ma anche la capacità di utilizzare una varietà di processi difensivi.

LA TEORIA DELLE RELAZIONI OGGETTUALI

Contemporaneamente all'elaborazione teorica della Psicologia dell'Io, altri teorici europei, soprattutto inglesi, indagavano altri tipi di processi inconsci e le loro rappresentazioni.

Questi rappresentanti della “scuola inglese” di psicoanalisi scoprirono di aver bisogno di un linguaggio scientifico per descrivere i processi preverbali e prelogici.

Molti di loro, come M. Klein, lavoravano sia con i bambini sia con quei pazienti troppo disturbati per essere adatti all'analisi.

Fairbairn (1952), rifiutando l'esplicito biologismo di Freud, suggeriva che le persone non cercano la soddisfazione pulsionale tanto quanto cercano la *relazione*; il bambino quindi non è focalizzato sull'ottenere il latte dalla madre ma sull'esperienza di essere accudito, con il senso di calore e attaccamento che di tale esperienza fa parte.

I Balint, partendo dal pensiero di **S. Ferenczi**, approfondirono lo studio delle *esperienze primarie* di amore, solitudine, creatività e integrità del Sé, le quali non rientrano propriamente nei confini della teoria strutturale.

Questo orientamento teorico pone l'accento non tanto sulla fase di sviluppo non interamente superata o sulle difese egoiche predominanti quanto piuttosto su quelli che sono stati gli *oggetti* più importanti nel mondo del bambino, sul modo in cui sono stati *percepiti*, o come tali oggetti e alcuni loro aspetti sono stati *interiorizzati*, e infine come le loro *immagini* e *rappresentazioni interne* agiscono nella vita inconscia dell'adulto.

➔ Nella tradizione delle relazioni oggettuali i problemi edipici hanno minore rilevanza dei temi di *separazione e individuazione*.

L'opera di Freud non è incompatibile con tali sviluppi teorici, anzi ne viene arricchita (R. Sterba, 1982):

L'interesse dedicato da Freud agli oggetti infantili, nella loro realtà e nella percezione del bambino, traspare nel concetto di “romanzo familiare”, nel riconoscimento di quanto possa essere diversa la fase edipica per il bambino a seconda della personalità dei genitori, e anche nella crescente attenzione prestata ai fattori relazionali nel trattamento.

A metà del ventesimo secolo, la teoria delle relazioni oggettuali venne affiancata da nuovi sviluppi proposti da alcuni terapeuti statunitensi che si autodefinirono psicanalisti interpersonali (H.S. Sullivan, E. Fromm, K. Horney...).

Essi ponevano l'accento sulla *natura interiorizzata delle relazioni oggettuali precoci*, tendendo a dare meno importanza alla persistenza di immagini inconsce degli oggetti primari e di loro aspetti.

Sul piano terapeutico, la relazione emotiva fra paziente e terapeuta è considerata il fattore curativo più vitale, posizione condivisa dai clinici contemporanei.

I concetti espressi dai teorici europei delle relazioni oggettuali e dai terapeuti interpersonali americani, hanno introdotto significativi progressi nel trattamento, dato che “le psicologie” di molti pazienti, soprattutto quelli che soffrono di psicopatologie gravi, non sono facilmente formulabili in termini di Io, Es e Super-Io.

Persone di questo tipo, con patologie piuttosto gravi sembrano avere diversi stati dell'Io, condizioni mentali in cui sentono e si comportano in un certo modo, spesso in contrasto con il modo in cui si sentono in altre occasioni.

Queste persone non hanno la capacità di pensare oggettivamente a ciò che accade dentro di loro e possono anche credere che l'esperienza emotiva del momento sia naturale e inevitabile.

I clinici che si impegnano a lavorare con questi pazienti difficili imparano che il trattamento migliora quando riescono a rappresentarsi il genitore interno o l'oggetto precoce importante che si è attivato in un determinato momento e dal quale il paziente non ha ancora operato una sufficiente separazione psicologica.

Di fronte a un paziente disturbato impegnato in un discorso paranoide, ad esempio, il terapeuta può cogliere la ripetizione di una situazione infantile in cui, il paziente-bambino si era sentito incessantemente e ingiustamente criticato.

➔ Il carattere può essere concepito, all'interno di questa formulazione, come una serie ragionevolmente prevedibile di modelli interiori che spingono la persona stessa – o altri che vi siano inconsciamente indotti – a comportarsi come gli oggetti percepiti nella prima infanzia

PSICOLOGIA DEL SÉ

A partire dagli anni '60, i clinici hanno cominciato a riferire che i problemi dei loro pazienti non erano sempre ben descritti “nel linguaggio” dei modelli analitici allora prevalenti.

Il disturbo di queste persone sembrava ruotare intorno al sentimento di sé: chi erano, quali erano i loro valori e cosa poteva mantenere la loro autostima.

Non apparivano manifestamente malate da un punto di vista tradizionale, tuttavia provavano scarso piacere nella vita e nella loro realtà personale.

Alcuni terapeuti consideravano tali pazienti inadatti al trattamento psicoanalitico, pensando che aiutare qualcuno a sviluppare un Sé fosse un compito molto più complicato rispetto ad aiutarlo a riorientare o riparare un Sé già esistente.

Carl Rogers (1951, 1961) si allontanò dalla tradizione psicoanalitica per sviluppare una teoria e una terapia che avevano il proprio segno distintivo nella *conferma del Sé nascente* e dell'*autostima* del paziente

In ambito psicoanalitico, H. Kohut formulò una nuova teoria del Sé — il suo sviluppo, la possibile distorsione e il trattamento — ponendo l'accento sulle implicazioni — per la psicopatologia dell'adulto — di un'infanzia senza oggetti da poter inizialmente idealizzare e poi deidealizzare gradualmente e in modo non traumatico.

I contributi di Kohut favorirono un riorientamento generale della teoria psicoanalitica che portò a concepire le persone in termini di strutture del Sé, rappresentazioni di sé, immagini di sé, e a capire come l'individuo arrivi a dipendere da processi interni per l'autostima.

La comprensione del vuoto e della sofferenza di coloro che vivono privi di un Super-Io affidabile cominciò a coesistere con la “compassione” che gli analisti già provavano per chi possiede un Super-Io eccessivamente severo.

Le difese vennero riconcettualizzate, nel senso che non servivano solo a proteggere l'individuo dall'angoscia relativa ai pericoli dell'Es, dell'Io e del Super-Io, ma anche per sostenere un senso di sé coerente e positivo

I MECCANISMI DI DIFESA

**DIFESE PRIMITIVE E
SECONDARIE**

MECCANISMI DI DIFESA

Tutti noi utilizziamo inconsapevolmente modi diversi per non lasciare emergere alla coscienza i contenuti traumatici infantili. Le emozioni rimangono così coartate e imbozzolate, protette da difese che non permettono la corrispondenza tra la reale esperienza e la percezione emotiva interna

Ogni individuo possiede alcune difese preferenziali che sono diventate parte integrante del suo stile personale di confronto con le dimensioni problematiche.

Questo ricorso preferenziale a una particolare difesa è il risultato di un'interazione complessa fra questi fattori:

- Il temperamento costituzionale
- La natura dei disagi subiti nella prima infanzia
- Le difese presentate da genitori e altre figure significative
- Le conseguenze sperimentate dell'uso di particolari difese

DIFESE

PRIMARIE

- Implicano il confine tra il Sé e il mondo esterno
- Operano in modo globale e indifferenziato in tutta la dimensione sensoriale della persona fondendo dimensioni cognitive, affettive e comportamentali

SECONDARIE

- Riguardano i confini interni, come quello tra l'Io o il Super Io e l'Es
- Operano trasformazioni specifiche del pensiero, del sentimento della sensazione, del comportamento o di una loro qualche trasformazione

DIFESE PRIMARIE

Per essere definita primaria una difesa deve mostrare due qualità associate alla **fase preverbale** dello sviluppo:

- mancato raggiungimento del **principio di realtà**
- mancata percezione della **separatezza** e della **costanza** di coloro che sono esterni al Sé

I processi preverbali che precedono il principio di realtà e la costanza dell'oggetto sono le fondamenta su cui si costruisce la psicologia di ognuno e costituiscono un problema soltanto in assenza di capacità psicologiche più mature o se tali difese vengono insistentemente utilizzate a esclusione delle altre possibili.

➔ È l'**assenza** di difese mature, **non la presenza** di quelle primitive, che definisce la struttura borderline o psicotica

RITIRO

Il bambino sovra-stimolato o preda di forti tensioni si addormenta ritirandosi in un diverso stato di coscienza
➔ risposta **autoprotettiva automatica**.

Lo stesso processo nell'adulto è osservabile in persone che si sottraggono a situazioni sociali o interpersonali, sostituendo lo stimolo del proprio mondo fantastico interiore alle tensioni della relazione.

Anche la propensione a usare farmaci per alterare la coscienza può essere considerata una forma di ritiro.

Alcuni bambini sono per temperamento più inclini di altri a rispondere in questo modo alle tensioni.

➔ possono crearsi una ricca vita interiore di fantasia e considerare problematico o affettivamente insoddisfacente il mondo esterno.

Esperienze di intrusione o violazione emotiva da parte delle figure di accudimento e di altri oggetti precoci possono rinforzare la tendenza al ritiro.

Quando il ritiro diventa abituale si parla di tendenza **schizoide**.

SVANTAGGI

- **Estraniamento** dell'individuo dalla partecipazione attiva alla soluzione personale dei problemi
- **Difficoltà** di relazione con gli altri a causa del mancato coinvolgimento affettivo

VANTAGGI

- Il ritiro implica una **fuga** dalla realtà, **non** una **distorsione** della stessa
- Persone insolitamente **percettive**, anche dei sentimenti altrui, data una attitudine speciale all'osservazione del mondo interno
- Notevole **creatività** e grande talento artistico

DINIEGO

Modalità infantile attraverso la quale il bambino reagisce alle esperienze negative rifiutandole.

Questo in base a un processo arcaico basato sull'egocentrismo infantile in cui l'esperienza è governata dalla convinzione prelogica: “Se non lo riconosco non accade”.

Il diniego continua ad operare automaticamente in ciascuno di noi come prima reazione a qualunque evento catastrofico (es. lutto o perdita).

In situazioni di grave crisi o di emergenza (come in caso di guerra) la capacità di denegare emotivamente che la propria sopravvivenza è a rischio può aiutare a compiere le azioni realisticamente più efficaci.

Invece alcuni esempi di forme negative di diniego sono: coniugi che negano la pericolosità di un partner violento; alcolisti che sostengono di non avere problemi col bere; madri che ignorano l'evidenza di molestie sessuali nelle figlie.

Diversi individui utilizzano in qualche misura il diniego, alcuni possiedono aree specifiche in cui è questa la difesa prevalente.

L'esempio più ovvio di psicopatologia definito dall'uso del diniego è la **maniacalità**: in uno stato maniacale, le persone possono denegare in misura sorprendente le proprie limitazioni fisiche, la necessità di dormire, le emergenze finanziarie, le debolezze personali ecc..

CONTROLLO ONNIPOTENTE

S. Ferenczi (1913) per primo richiama l'attenzione sugli
“stadi di sviluppo del senso di realtà”

- **Onnipotenza primaria (grandiosità):** condizione in cui avere la fantasia di controllare il mondo è normale
- **Onnipotenza secondaria (derivata):** l'onnipotenza viene attribuita alle figure di accudimento
- Confronto diretto con il fatto poco attraente ma reale che *nessuno* ha un potere illimitato

➔ La fantasia di poter influenzare il mondo deriva da fantasie di onnipotenza infantili e irrealistiche ma evolutivamente normali.

Rappresenta una dimensione critica **dell'autostima**.

- Alcuni residui sani del senso di onnipotenza infantile rimangono in tutti noi e contribuiscono a farci sentire competenti ed efficaci nella vita
- Alcuni individui invece hanno un bisogno irresistibile di provare un senso di controllo onnipotente e di interpretare le esperienze come frutto del proprio illimitato potere

La **personalità psicopatica** (anche detta sociopatica o antisociale) è organizzata intorno alla ricerca della gratificante sensazione di esercitare la propria onnipotenza, mentre ogni altra preoccupazione etica o pratica ha un'importanza solo secondaria.

Individui con personalità dominate dal controllo onnipotente si incontrano spesso in aree che richiedono astuzia, amore per la stimolazione e il pericolo e una disponibilità a subordinare altri interessi all'obiettivo centrale di **far sentire la propria influenza** sugli altri.

IDEALIZZAZIONE E SVALUTAZIONE

La formulazione di **Ferenczi** sul modo in cui le fantasie primitive di onnipotenza del Sé vengano gradualmente sostituite da fantasie di onnipotenza della figura di accudimento spiega il meccanismo di questa difesa.

I bambini più piccoli si proteggono dal confronto con la realtà ostile affidandosi alla sorveglianza di qualcuno, **un'autorità benevola e onnipotente**: hanno bisogno di credere che le figure di accudimento siano in grado di proteggerli da tutti i pericoli della vita.

IDEALIZZAZIONE

- L'idealizzazione normale è una componente essenziale dell'amore maturo e la graduale svalutazione delle figure di attaccamento infantili è una parte importante del processo di separazione individuazione
- In alcuni individui tuttavia permane la necessità di opporre al terrore interno la convinzione che qualcuno cui è possibile attaccarsi sia onnipotente e benevolo, e che attraverso la fusione con questo Altro salvifico sia possibile essere protetti

Tutti noi idealizziamo e ci portiamo dentro residui del bisogno di attribuire un valore e un potere speciale alle persone da cui dipendiamo emotivamente.

Un prodotto secondario dell'idealizzazione e della fede nella perfezione è che le proprie imperfezioni sono più difficili da tollerare: la fusione con un oggetto idealizzato diventa quindi “un rimedio naturale”.

IDEALIZZAZIONE

La **personalità narcisistica** può essere formulata in termini di dipendenza dalla difesa dell'idealizzazione.

- Gli individui con questo tipo di personalità sembrano motivate alla ricerca della perfezione sia attraverso la fusione con oggetti idealizzati sia sforzandosi di perfezionare se stessi
- I problemi di autostima sono contaminati dall'idea che bisogna **perfezionare** il Sé piuttosto che accettarlo, per poterlo amare. Per questo le persone narcisiste hanno bisogno di essere continuamente **rassicurate** dagli altri

SVALUTAZIONE

La svalutazione non è che l'inevitabile opposto del bisogno di idealizzare.

Le relazioni terapeutiche con pazienti narcisisti sono notoriamente soggette a improvvise rotture quando il paziente è deluso dal terapeuta.

Essere oggetto di idealizzazione per quanto possa essere piacevole sul piano del controtransfert può rivelarsi il passo precedente alla totale svalutazione, oltre a portare con sé alcuni aspetti irritanti.

IDEALIZZAZIONE / SVALUTAZIONE

Analogie di questo processo si possono osservare nel grado di odio e di rabbia che vengono indirizzati a chi sembrava promettere molto e non ha mantenuto.

Alcune persone trascorrono la loro vita in cicli ricorrenti di idealizzazione e delusione passando da un partner ad un altro ogni qualvolta questo si rivela un semplice essere umano.

Modificare l'idealizzazione primitiva assume una rilevanza particolare nel lavoro con pazienti narcisisti, visto il grado di infelicità della loro vita e delle persone che cercano di amarli.

Proiezione, introiezione, identificazione proiettiva

In questi meccanismi di difesa si riscontra una mancanza di confine psicologico tra il Sé e il mondo.

- Nell'infanzia normale, prima che il bambino impari a riconoscere l'esistenza di un interno e dell'esterno, c'è una percezione generalizzata dell'Io come equivalente del mondo
- Da questo periodo derivano i processi di introiezione e proiezione, quando questi lavorano insieme si parla di identificazione proiettiva

PROIEZIONE

Processo per cui qualcosa di interno viene considerato come proveniente dall'esterno.

- Intuizione, sincronicità non verbale ed esperienze limite di unione mistica con un'altra persona implicano la **proiezione** di sé stessi nell'altro con intensi vantaggi emotivi
- Individui che utilizzano la proiezione come modalità principale per affrontare il mondo hanno personalità paranoide
- Nelle sue forme positive e mature è la base dell'empatia

INTROIEZIONE

Processo per cui si considera qualcosa proveniente dall'esterno
come interno a sé:

- I bambini piccoli **introiettano** ogni tipo di atteggiamento, affetto e comportamento delle persone significative della loro vita
- Quindi, molto prima che un bambino possa scegliere volontariamente di essere come le figure di attaccamento, sembra averle 'ingoiare' in qualche modo primitivo
- Nelle sue forme benigne, equivale a un'identificazione primitiva con altre persone importanti

Nelle sue forme problematiche l'introiezione è, come la proiezione, un processo molto distruttivo.

- Ne è un esempio il meccanismo di **identificazione con l'aggressore**, attraverso il quale si tenta di padroneggiare l'angoscia e la sofferenza assumendo le qualità dell'aggressore
- Un altro modo in cui l'introiezione può sfociare nella psicopatologia implica il **lutto** e la sua relazione con la **depressione**: alla perdita di una persona di cui si è interiorizzata l'immagine corrisponde un senso di vuoto interiore

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

La fusione dei meccanismi proiettivi e introiettivi è stata descritta da **T. H. Ogden** in questi termini:

“Nell'**identificazione proiettiva** il paziente non si limita a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle proprie passate relazioni oggettuali; in aggiunta il terapeuta è anche fatto oggetto di pressioni intense a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasia inconscia del paziente”.

- Il paziente proietta oggetti interni e ottiene che la persona su cui sono stati proiettati si comporti come quegli oggetti, come se la persona bersaglio avesse gli stessi introietti
- In questo caso il paziente percepisce quel che proietta come un ritratto fedele dello stato mentale del terapeuta e crede nella realtà della sua attribuzione. Si può dire che la sua proiezione sia **egosintonica**
- Questa difesa è particolarmente potente e può essere molto difficile nella situazione clinica capire dove finisce la difesa del paziente e dove inizia la psicologia del terapeuta

- Inoltre, attraverso tale difesa l'individuo non elimina completamente il sentimento disturbante, esso viene proiettato e tuttavia conservato ➔ **Kernberg** ha descritto questo aspetto come un 'conservare l'empatia' con ciò che è stato proiettato
- Questo processo viene utilizzato in molti modi sottili e benigni nella vita di tutti i giorni, mentre diviene la difesa privilegiata degli individui con carattere essenzialmente *borderline*

SCISSIONE DELL'IO

Questo processo di difesa interpersonale deriva dal periodo preverbale, prima che il bambino sia in grado di percepire che le figure di accudimento hanno qualità **buone** e **cattive** e sono associate con esperienze buone e cattive

Nei bambini di due anni è possibile osservare un bisogno di organizzare le percezioni, e dunque l'esperienza, secondo valenze buone e cattive

Prima di raggiungere la **costanza dell'oggetto**, infatti, non si può provare ambivalenza, giacché questa implica sentimenti opposti verso un oggetto costante

Nella vita adulta la scissione rimane una modalità potente e affascinante per spiegarsi esperienze complesse, specialmente quando sono ambigue o minacciose.

Il meccanismo della scissione può dunque essere molto efficace nelle sue funzioni difensive miranti a ridurre l'angoscia e a mantenere l'autostima; naturalmente, però, scissione implica sempre **distorsione**, e lì sta la sua pericolosità.

Da un punto di vista clinico, la scissione è evidente quando un paziente esprime un atteggiamento non ambivalente e considera del tutto irrilevante quello opposto (l'altro lato di ciò che gran parte di noi vivrebbe con ambivalenza).

Il terapeuta stesso può diventare improvvisamente il bersaglio di una rabbia incontrollata, nel momento in cui il paziente lo vede come una personificazione del male o dell'indifferenza, mentre l'aveva prima considerato infallibile.

Individui con **personalità borderline** utilizzano tipicamente questa difesa, è dunque facile per gli operatori coinvolti nella terapia di questo tipo di pazienti trovarsi in situazioni in cui alcuni provano forte simpatia verso il paziente, mentre altri provano una altrettanto forte antipatia e vorrebbero imporgli dei limiti.

Spesso l'utilizzo della scissione come difesa finisce per essere logorante per l'altro.

DISSOCIAZIONE

- La dissociazione è una reazione ‘normale’ a un **trauma**, ma certo non si può dire che il trauma sia evolutivamente normale
- Chiunque può dissociare se posto di fronte ad una catastrofe che travalica le sue capacità di elaborazione, in quanto l’evento traumatico implica un dolore e un terrore intollerabile
- Il risultato della dissociazione in età adulta è un **disturbo dissociativo del carattere o personalità multipla**

VANTAGGI:

- Distacco totale dal dolore, dal terrore e dall'idea di morte imminente
- Vissuto di essere **fuori** piuttosto che **dentro** il senso di una distruzione imminente

SVANTAGGI

- Tendenza di questa difesa a operare in condizioni nelle quali la sopravvivenza non è realmente a rischio
- Alto **costo** in termini di **relazioni** interpersonali

DIFESE SECONDARIE

RIMOZIONE

L'essenza della rimozione è un dimenticare o ignorare motivato.

Freud (1915b, p.37) scriveva che: “la sua essenza consiste semplicemente nell'espellere o nel tener lontano qualcosa dalla coscienza”.

Se una disposizione interna o una circostanza esterna sono sufficientemente disturbanti o sconcertanti è possibile consegnarle direttamente all'inconscio.

Questo processo è applicabile a un'esperienza nella sua globalità, all'affetto che vi è connesso, o alle fantasie e desideri che vi sono associati.

Soltanto quando ci sono elementi per affermare che un'idea, un'emozione o una percezione sono diventate inaccessibili alla coscienza a causa del loro potere disturbante, è possibile supporre che sia in atto questa difesa.

Successivamente, il termine rimozione è stato applicato più a idee generate interiormente che a traumi.

La rimozione, quindi, è considerata lo strumento con cui il bambino gestisce **impulsi evolutivamente normali ma irrealizzabili e spaventosi**, come il desiderio di distruggere uno dei genitori al fine di possedere l'altro; lentamente impara a relegare tali impulsi nell'inconscio.

Gli analisti contemporanei ritengono che sia necessario aver acquisito un senso di totalità e continuità del Sé prima di essere in grado di utilizzare la **rimozione per fronteggiare impulsi disturbanti**.

Da questa prospettiva, quando le esperienze precoci non hanno consentito di raggiungere tale continuità dell'identità, l'individuo si difende dai sentimenti disturbanti con meccanismi più primitivi, quali il diniego, la proiezione e la scissione.

Come le altre difese inconsce, la rimozione diventa problematica solo nei casi in cui:

- Fallisce nella sua funzione (ossia di allontanare efficacemente dalla coscienza le idee disturbanti, in modo che la persona possa rivolgersi al compito di adattarsi alla realtà).
- Elimina anche alcuni aspetti positivi della vita.
- Agisce a esclusione di altri modi più efficaci.

Un ricorso eccessivo alla rimozione, unitamente ad altri processi difensivi che spesso coesistono con essa (un elemento di rimozione si ritrova nell'azione di quasi tutte le difese di ordine superiore), viene generalmente considerato il segno distintivo della **personalità isterica**.

REGRESSIONE

La regressione è un meccanismo di difesa noto a chiunque abbia osservato un bambino ricadere in comportamenti propri di uno stadio evolutivo precedente quando è stanco o affamato.

La ‘sottofase di riavvicinamento’ del processo di separazione-individuazione che la **Mahaler** ha descritto come tipica della fine del secondo anno di vita – quando il bambino che ha appena dichiarato la propria indipendenza dalla madre torna da lei e si nasconde sotto la sua gonna – è solo un esempio della tendenza degli esseri umani ad aggrapparsi a ciò che è loro familiare dopo aver raggiunto qualche nuovo livello di competenza.

Affinché tale processo sia qualificabile come meccanismo di difesa è necessario che sia **inconscio**: nel significato psicoanalitico del termine 'regressione' è implicito che l'individuo non abbia scelto e perseguito coscientemente le proprie azioni.

Ad esempio, alcuni di noi reagiscono alle tensioni della crescita e del cambiamento ammalandosi; molti, senza avere una malattia diagnosticabile, si sentono talmente male da doversi mettere a letto.

Il processo non è mai cosciente (quando lo è, si tratta di simulazione) e può provocare angoscia sia alla persona regredita sia a coloro che le stanno intorno; questa variante della regressione è nota come **somatizzazione**.

Quando la regressione costituisce la strategia centrale dell'individuo verso le sfide dell'esistenza, possiamo legittimamente parlare di una **personalità infantile**.

Questa categoria diagnostica è stata ufficialmente abbandonata a partire dalla seconda edizione del DSM anche se sono molti i diagnostici analitici che continuano ad utilizzarla.

Kenberg (1984) sostiene che la descrizione della ‘personalità istrionica’ nel DSM-III e nei manuali successivi includa aspetti del precedente concetto di organizzazione infantile della personalità.

La diagnosi di ‘**disturbo della personalità dipendente**’ nelle edizioni successive del DSM implica appunto il ricorso alla regressione.

ISOLAMENTO

Un modo in cui le persone possono gestire l'angoscia e altri stati mentali dolorosi, consiste nell'isolare il sentimento dalla coscienza.

L'aspetto affettivo di un'esperienza o di un'idea viene separato dalla dimensione cognitiva.

In virtù di un certo stile educativo combinato con un determinato temperamento del bambino, l'isolamento può diventare una difesa centrale anche in assenza di trauma.

Alcune persone (e tendenze culturali) possono giudicare positivamente la propria capacità di isolare l'affettività dall'intelletto e idealizzare l'espressione puramente razionale.

I teorici psicoanalitici vedono nell'isolamento la più primitiva delle 'difese intellettuali' e l'unità operativa di base in meccanismi come l'intellettualizzazione, la razionalizzazione e la moralizzazione.

Tutte queste difese hanno in comune il fatto di relegare nell'incoscienza le implicazioni personali e viscerali di una qualche situazione, idea o evento.

Quando l'isolamento è la difesa primaria e il modello di vita riflette la sopravvalutazione del pensiero e la sottovalutazione del sentimento, la struttura del carattere è di **tipo ossessivo**.

INTELLETTUALIZZAZIONE

L'intellettualizzazione è il nome attribuito a una versione di ordine superiore dell'isolamento dell'affetto dall'intelletto.

La persona che utilizza l'isolamento riferisce in genere di non provare sentimenti, mentre quella che intellettualizza parla dei sentimenti in una maniera che l'ascoltatore percepisce come anaffettiva.

Quando i pazienti intellettualizzano il trattamento, tendono a riassumere le loro esperienze con un tono che suona più come un bollettino meteorologico sulla propria psiche che come la rivelazione di qualcosa che li ha interiormente toccati.

L'intellettualizzazione tratta l'ordinario sovraccarico emotivo nello stesso modo in cui l'isolamento tratta la sovrastimolazione traumatica.

Indica una notevole forza dell'Io il fatto che una persona riesca a pensare razionalmente in una situazione carica di significato emotivo, e finché gli aspetti affettivi della situazione non vengono elaborati con una maggiore partecipazione emotiva, la difesa opera efficacemente.

Sesso, umorismo, espressione artistica e altre forme adulte di gioco gratificante rischiano di essere indebitamente eliminate nella persona che ha imparato a dipendere dall'intellettualizzazione per affrontare la vita.

RAZIONALIZZAZIONE

Entra in gioco quando non si riesce ad ottenere qualcosa di desiderato e, quindi, retrospettivamente si conclude che non era poi così desiderabile.

La difesa agisce in modo benigno quando consente di volgere al meglio una situazione difficile con il minimo danno, ma il suo inconveniente come strategia difensiva è che praticamente ogni cosa può essere, e di fatto è, razionalizzata.

Le persone ammettono raramente di fare qualcosa solo per il piacere di farlo; preferiscono circondare le proprie decisioni con tutta una serie di 'buone ragioni'.

MORALIZZAZIONE

È parente prossima della razionalizzazione: quando una persona razionalizza, cerca inconsciamente delle basi cognitivamente accettabili per la direzione che ha preso; quando moralizza, cerca di pensare che sia doveroso seguire quella linea.

La razionalizzazione traduce in un linguaggio ragionevole qualcosa che la persona già desidera; la moralizzazione lo pone nella sfera di ciò che è giustificato o moralmente obbligatorio.

La moralizzazione può essere utilmente considerata una variante evolutivamente più avanzata della scissione.

L'inclinazione a moralizzare può quindi essere considerata il naturale sviluppo della tendenza primitiva a fare grossolane distinzioni tra bene e male.

Ma, mentre la scissione avviene naturalmente nel bambino prima che ci sia un Sé integrato capace di ambivalenza, la moralizzazione risolve – con il ricorso alla legge morale – sentimenti contrastanti che il Sé è ora capace di provare.

Dalla moralizzazione è quindi possibile dedurre l'attività di un
Super-Io, generalmente rigido e punitivo.

La moralizzazione è la difesa prevalente nell'organizzazione del
carattere che gli analisti chiamano **masochismo morale.**

COMPARTIMENTALIZZAZIONE

Ha la funzione di permettere a due condizioni in conflitto di esistere senza creare confusione, sensi di colpa, vergogna o angoscia sul piano cosciente.

Mentre l'isolamento dell'affetto implica una spaccatura tra livello cognitivo ed emotivo, nella compartimentalizzazione la spaccatura è tra **dimensioni cognitive incompatibili**.

Quando opera tale difesa, l'individuo abbraccia due o più idee, atteggiamenti o comportamenti che sono essenzialmente e per definizione in conflitto, **senza coglierne la contraddizione**; messo di fronte a ciò, egli eliminerà le contraddizioni con la razionalizzazione.

ANNULLAMENTO

L'annullamento è lo sviluppo naturale del controllo onnipotente; è lo sforzo inconscio di **controbilanciare un affetto**, solitamente un senso di colpa o la vergogna, con un atteggiamento o comportamento che magicamente lo cancelli.

Quando il soggetto non è consapevole del proprio senso di colpa o di vergogna e quindi non riconosce coscientemente il desiderio di espiare, la definizione è pertinente.

Quando l'annullamento è la difesa principale nel repertorio dell'individuo, e quando atti che hanno il significato inconscio di espiazione di crimini passati compromettono il principale sostegno dell'autostima, si ritiene si tratti di una **personalità compulsiva**.

Ossessivo e compulsivo non sono necessariamente termini peggiorativi quando vengono applicati alla struttura della personalità, anche se tali etichette derivano dai tentativi di comprendere stati patologici di ossessione e compulsione.

Quando si descrive il carattere, che può essere altamente adattivo e sano, il termine ‘ossessivo’ viene applicato a stili di pensiero, e il termine ‘compulsivo’ a modalità di azione.

Il concetto di compulsività, inoltre, è neutrale quanto il contenuto morale.

VOLGERSI CONTRO IL SÉ

Il concetto indica lo spostare, da un oggetto esterno verso il Sé, un affetto o atteggiamento negativo.

Se si critica un'autorità la cui benevolenza sembra essenziale per la nostra sicurezza (es. un genitore) e se si pensa che l'altro non possa tollerare la critica, ci si sente più sicuri dirigendo all'interno le idee critiche.

Per quanto l'autocritica sia spiacevole, è emotivamente preferibile al riconoscimento di una minaccia reale per la propria sopravvivenza in condizioni in cui non si ha il potere di cambiare le cose.

L'uso automatico e compulsivo di questa difesa è comune nelle personalità depressive e in alcuni tipi di **masochismo caratterologico**.

FORMAZIONE REATTIVA

La definizione tradizionale di tale difesa implica la **conversione di un affetto negativo in positivo o viceversa.**

È tipico della formazione reattiva che qualcosa dell'affetto ripudiato 'penetri' nella difesa al punto che chi osserva può percepire che c'è qualcosa di eccessivo o falso nella disposizione emotiva cosciente.

È un assunto psicoanalitico fondamentale che nessuna disposizione sia assolutamente pura; nella formazione reattiva, la persona si persuade di provare una sola polarità di una risposta emotivamente complessa.

È la difesa privilegiata in quelle psicopatologie in cui predominano sentimenti ostili e impulsi aggressivi di cui la persona teme di perdere il controllo.

Ad esempio, le persone paranoiche spesso sentono solo odio e sospetto quando invece l'osservatore esterno ritiene che stiano provando anche desiderio e dipendenza; le persone ossessive e compulsive spesso credono di avere solo rispetto per le autorità, mentre gli altri sospettano che ci sia anche risentimento.

CAPOVOLGIMENTO

Se si percepisce che il desiderio di ricevere le attenzioni di qualcun altro è vergognoso e pericoloso, è possibile soddisfare in modo vicario i propri bisogni di dipendenza occupandosi di un'altra persona e identificandosi inconsciamente con la sua gratificazione.

Un vantaggio del capovolgimento è che rende possibile **spostare le dimensioni del potere all'interno di un'interazione**, in modo da trovarsi nel ruolo di chi prende l'iniziativa invece che in quello di chi risponde.

Parlando dei processi difensivi di ordine superiore non si fa riferimento a singoli tipi di personalità che riflettono una specifica dipendenza da essi: le persone psicologicamente più sane gestiscono l'ansia e altri stati emotivi difficili ricorrendo a diverse modalità difensive, non classificabili sotto un'unica etichetta.

IDENTIFICAZIONE

Come gli altri processi difensivi maturi, l'identificazione è un aspetto normale dello sviluppo psicologico che diventa problematico solo in certe circostanze.

Gli analisti usano la parola 'identificazione' per connotare **l'operazione deliberata**, a un livello maturo, anche se ancora parzialmente inconscia, **di diventare come un'altra persona.**

Tale capacità evolve seguendo una linea evolutiva naturale dalle primissime forme infantili di introiezione, che corrispondono a una sorta di inghiottimento totale dell'altro, a processi più sottili, discriminanti e soggettivamente volontari di assunzione selettiva delle caratteristiche di un'altra persona.

Si ritiene che il potenziale identificatorio evolva e si modifichi nel corso di tutta la vita e che sia la base emotiva della crescita e del cambiamento psicologico.

Quindi, anche le forme arcaiche di identificazione si trasformano gradualmente in modi sempre più selettivi e sfumati di arricchire il proprio Sé facendo proprie le qualità di altre persone ammirate.

L'identificazione è perciò un processo intrinsecamente neutrale: può avere effetti positivi o negativi a seconda di chi sia l'oggetto dell'identificazione.

Il processo psicoterapeutico consiste in gran parte nel **rivedere vecchie identificazioni divenute problematiche** le quali, insorte automaticamente, rappresentarono in un certo periodo la soluzione di un conflitto infantile, ma ora provocano un conflitto nell'adulto.

Coloro che soffrono di una fondamentale confusione dell'identità, a qualunque livello di gravità, sono da considerarsi a rischio.

Anche le persone essenzialmente sane, con qualche area di disturbo dell'identità, come una donna di tipo isterico che nutra il sentimento inconscio che il genere femminile costituisca un problema, possono essere soggette più del normale a identificarsi con persone del proprio ambiente che diano l'impressione di saper gestire meglio le difficoltà della vita.

Nel trattamento psicoanalitico, la propensione del paziente a identificarsi con il terapeuta viene favorita per il suo potenziale riparativo ed è protetta, per quanto è possibile, da ogni abuso.

I clinici evitano di sfruttare la prontezza del paziente a identificarsi esemplificando solo qualità umane generali (come la tolleranza della differenza e il senso di responsabilità per il proprio comportamento), mentre si astengono dal mostrare aspetti tipicamente personali, dal dare consigli o comunicare opinioni particolari.

ACTING OUT

L'espressione acting out comparve per la prima volta nelle descrizioni psicoanalitiche di atti compiuti dai pazienti al di fuori dello studio, quando il loro comportamento sembrava contenere sentimenti nei confronti dell'analista di cui il paziente non era consapevole o erano troppo angosciosi per averne coscienza, specialmente in presenza dell'analista.

In seguito, acting out venne usato per descrivere un **comportamento indotto da bisogni inconsci di padroneggiare l'angoscia associata a sentimenti e desideri interiormente proibiti** e a paure, fantasie e ricordi intensamente disturbanti.

Mettendo in atto scenari spaventosi, la persona inconsciamente angosciata **converte la passività in attività**, trasformando un senso di impotenza e vulnerabilità in un'esperienza di azione e potere, a prescindere da quanto possa essere negativo il dramma che viene rappresentato.

Il termine acting out, pertanto, si riferisce propriamente a ogni **comportamento ritenuto espressione di atteggiamenti transferali** di cui il paziente non si sente ancora sicuro di poter parlare nell'ambito del trattamento.

Quanto viene messo in atto può essere prevalentemente autodistruttivo o prevalentemente costruttivo, o in parte entrambe le cose.

Ma ciò che lo rende propriamente un 'acting out' non è il fatto che sia utile o dannoso, bensì la natura inconscia e spaventosa degli impulsi che inducono la persona all'azione e il modo automatico e compulsivo in cui il comportamento ha inizio.

Se esiste una popolazione identificabile di persone che ricorrono all'acting out per fronteggiare i propri dilemmi psicologici, questo gruppo rientrerebbe nella categoria delle personalità impulsive.

Si tratta però di una definizione fuorviante poiché implica una disposizione automatica nell'individuo a fare qualsiasi cosa si senta di fare in un determinato momento, piuttosto che vedere tale comportamento come indotto da motivazioni inconsce e complesse.

Le persone con **organizzazione isterica** sono famose per la messa in atto di scenari sessuali inconsci.

Le persone con dipendenze di ogni tipo mettono continuamente in atto il proprio rapporto con la sostanza preferita.

Le persone **compulsive** compiono per definizione acting out quando cedono alla pressione interna a impegnarsi nelle proprie particolari compulsioni.

Le persone **sociopatiche** probabilmente mettono in scena un complesso modello di manipolazione.

È quindi possibile osservare tale difesa in molte presentazioni cliniche contrastanti.

SESSUALIZZAZIONE (ISTINTUALIZZAZIONE)

Descrivendo i processi difensivi, si potrebbe far rientrare la sessualizzazione nella categoria dell'acting out in quanto questa operazione prende generalmente la forma di un'azione.

La si presenta separatamente in parte perché **la sessualizzazione è possibile anche senza acting out** (un processo che si definisce più precisamente **erotizzazione**), e in parte perché questo concetto ha un significato talmente generale da meritare un'attenzione speciale.

L'esperienza clinica e le ricerche hanno dato la chiara percezione di quanto **l'attività e le fantasie sessuali di molte persone vengano usate difensivamente: per padroneggiare l'angoscia**, per recuperare l'autostima, per controbattere la vergogna o per sottrarsi a una sensazione di morte interiore.

Le persone possono sessualizzare qualunque esperienza con l'intento inconscio di convertire il terrore o la sofferenza, o qualsiasi altro vissuto soverchiante, in eccitazione; nella letteratura psicoanalitica tale processo è stato denominato **istintualizzazione**.

L'eccitazione sessuale è un mezzo efficace per sentirsi vivi; la paura infantile di morire, a causa di abbandono, violenza o altre terribili calamità, può essere psicologicamente padroneggiata trasformando una situazione traumatica in un'opportunità di affermazione vitale.

La sessualizzazione non è in sé problematica o distruttiva; sono il contesto e le conseguenze del suo uso in età adulta a determinare se è ragionevole considerarla un adattamento positivo, un'abitudine ininfluente o un problema patologico.

SUBLIMAZIONE

L'idea originaria era che la sublimazione fosse la difesa 'buona', quella che per definizione rappresenta una soluzione creativa, sana, socialmente accettabile o positiva, dei conflitti interiori tra le spinte primitive e le forze inibitorie.

‘Sublimazione’ era la definizione data in origine da Freud all'espressione in una forma socialmente valida di impulsi di origine biologica.

Questa difesa era considerata lo strumento più sano per risolvere le situazioni psicologiche per due ragioni fondamentali:

1. Favorisce un comportamento positivo per la specie;
2. Scarica il relativo impulso invece di sprecare una notevole quantità di energia emotiva trasformandolo in qualcosa di diverso.

Ancora oggi si trovano accenni al concetto di sublimazione nella letteratura analitica quando ci si riferisce a qualcuno che scopre un modo utile e creativo di esprimere conflitti e impulsi problematici.

PSICODIAGNOSI

Sebbene parlare del compito clinico della diagnosi presupponga che la persona che chiede aiuto sia in qualche modo sofferente, occorre ricordare che il problema per cui cerca aiuto non sta necessariamente nel carattere di base del paziente.

Può essere, ad esempio, una risposta a una qualche tensione che metterebbe a dura prova le risorse di chiunque, quale che sia la struttura del suo carattere.

È proprio il modo in cui una persona soffre che riflette l'organizzazione della sua personalità; e perché qualcun altro possa aiutare a mitigare la sofferenza occorre sensibilità per le differenze di personalità.

“Se c'è acqua e luce possono crescere sia il cactus sia l'edera, ma il giardiniere che non sa valutare le differenze tra le due piante non le porterà alla piena fioritura” (N. McWilliams, 1999).

Una comprensione della variabilità delle persone nel loro carattere fondamentale è essenziale per condurre una terapia efficace, che il problema da affrontare sia o no caratteriologico.

L'obiettivo di un processo psicodiagnostico sensibile non è valutare quanto qualcuno sia 'malato', o determinare quali persone si trovino oltre il confine di ciò che socialmente è definito normale; piuttosto, è capire la particolarità della sofferenza e della forza di una persona.

L'obiettivo di un processo psicodiagnostico sensibile non è valutare quanto qualcuno sia 'malato', o determinare quali persone si trovino oltre il confine di ciò che socialmente è definito normale; piuttosto, è capire la particolarità della sofferenza e della forza di una persona.

Risorse
dell'Io per la
soddisfazione
dei desideri

Norme e gli
ideali che
assegnano valori ai
desideri

Meccanismi di difesa

Aggressività

↑
Sistema d'allarme:
Ansia specifica per ogni
sistema motivazionale

Attaccamento

Relazioni intermodulari

- Il sistema d'attaccamento è un modulo indipendente ma non autonomo rispetto agli altri moduli: si sviluppa o viene rinforzato o disattivato da questi.
- I sistemi sono costruiti all'interno di un processo interattivo.
- Il rapporto tra i sistemi motivazionali può essere di ricerca di obiettivi comuni, di reciproco rinforzo, di opposizione (conflitto intermotivazionale), di transazione, durante tutto il loro sviluppo e funzionamento.

Tipi di sistemi motivazionali

- sistema sensuale/sessuale
- sistema narcisistico
- sistema di attaccamento
- sistema di evitazione/riduzione del dispiacere
- regolazione psicobiologica

Il sistema modulare trasformatzionale

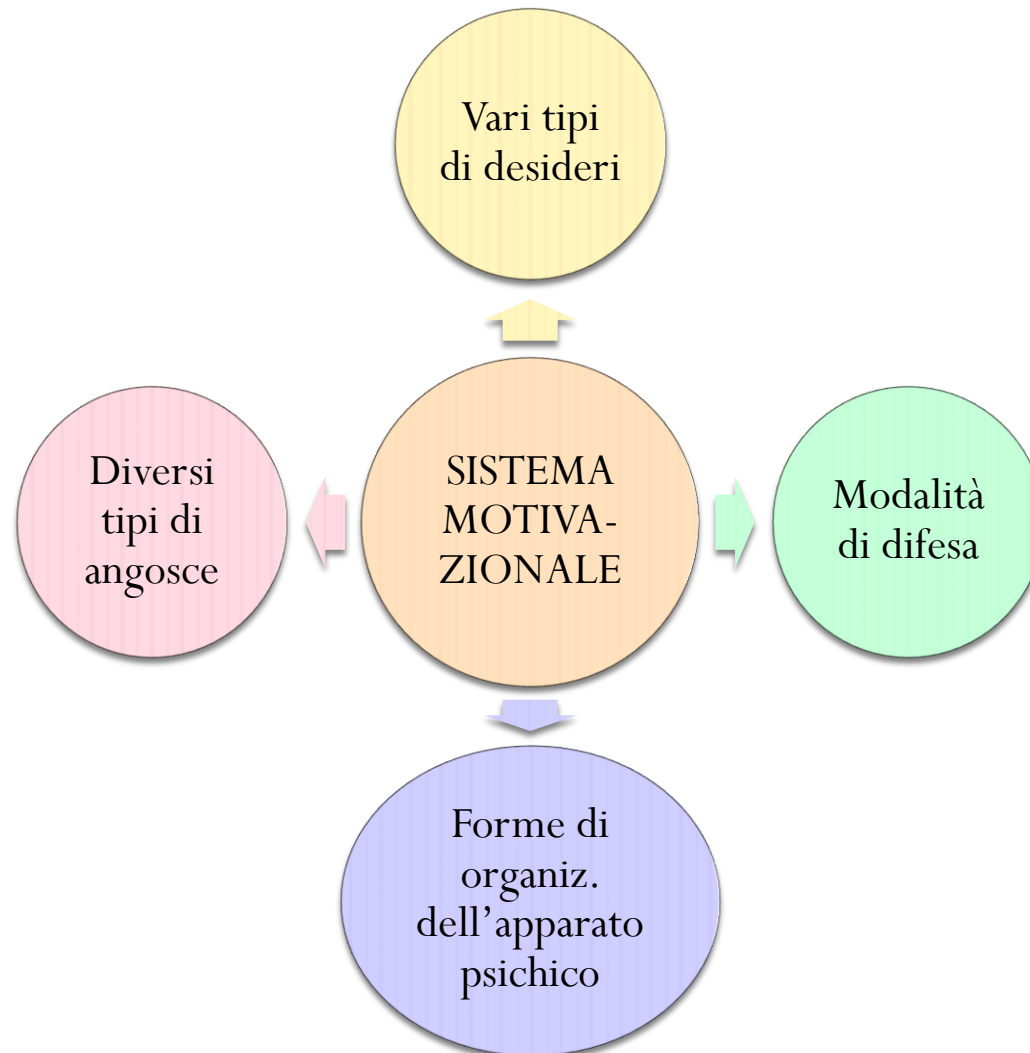
Secondo questo modello lo psichismo è considerato come un sistema dotato di una struttura modulare articolata; i sistemi motivazionali articolandosi tra loro:

- mettono in moto
- frenano
- dirigono



l'attività psichica

Il sistema modulare trasformazionale



Gli obiettivi dell'attaccamento possono essere categorizzati secondo le funzioni che permettono di svolgere :

- regolazione psicobiologica;
riduzione dell'ansia, organizzazione mentale, senso di identità, vitalità, entusiasmo, etc.;
- sentimenti di sicurezza, autoconservazione;
- esigenze eteroconservative, piacere sessuale;
- bisogni narcisistici

Influenze che ogni sistema motivazionale può esercitare sugli altri sistemi

L'azione di un sistema motivazionale può attivare, rafforzare, disattivare altri sistemi motivazionali (ad es., a causa di ansie di autoconservazione o narcisistiche, la sessualità è disattivata).

RIDUZIONISMO O COMPLESSITÀ?

DOTTRINALE SPECULATIVA:

- Pensiero semplificante basato su un processo deduttivo che sfocia in un sist.ma chiuso, trascurando la complessità.

PENSIERO COMPLESSO (Morin, 1977):

- Cerca di comprendere i sistemi sulla base dell' articolazione delle loro componenti, che si produce mediante processi che si concatenano in reti.

ESEMPIO 1

- “l’inconscio è...” dove al posto dei puntini l’autore inserisce la proprietà ritenuta sufficiente per definizioni di tipo persuasivo, finalizzate a suscitare l’adesione dell’interlocutore. Dato che la psicoanalisi è definita dall’inconscio, da questa definizione consegue che qualsiasi altra caratterizzazione dell’inconscio non è psicoanalisi.

ESEMPIO 2

- “la modalità di funzionamento dei processi inconsci su cui concentro il mio interesse è caratterizzata da...”: questa formulazione offre la possibilità di descrivere varie forme di funzionamento psichico, con le rispettive articolazioni reciproche.

Bleichmair imposta il suo discorso tenendo presente la seconda tendenza, basata sui principi di complessità e di modularità:

il funzionamento psichico non dipende da pochi principi uniformi, bensì dall'articolazione complessa di **SISTEMI DI COMPONENTI**, ciascuno dei quali è dotato di una propria struttura, di propri contenuti e di proprie leggi.

Esempio:

Il sistema inconscio è diverso e indipendente dal sistema della coscienza ma entrambi, pur essendo retti ciascuno da proprie leggi di organizzazione e funzionamento, si presentano in articolazione reciproca.

Bleichmair individua, nella prospettiva dottrinale-speculativa, quattro errori, derivanti dal processo semplificante a cui vengono sottoposte le categorie della fenomenologia psichiatrica:

1. **UNIFICAZIONE CATEGORIALE FORZATA**: consiste nella conversione delle categorie psichiatriche in entità omogenee.
2. **PERSONIFICAZIONE**: le categorie psicopatologiche tendono a essere correlate, una per una, con persone concrete, in modo tale che si possa parlare del depresso, dell'anoressica, del borderline, etc.

3. **EZIOLOGIA UNICA**: i vari quadri clinici, raggruppati come ossessioni, fobie, o depressioni, avrebbero ciascuno una causa unica, o , nel migliore dei casi, un numero limitato di fattori causali, che variano a seconda della scuola. Il rischio è di non prendere in considerazione i diversi percorsi psicogenetici che conducono ai sottotipi.

4. **UNICO TIPO DI TERAPIA**: l'intervento terapeutico scelto si applica in maniera monocorde da ogni scuola, a tutti i casi.

L'approccio dottrinale-speculativo lascia irrisolte alcune questioni di fondo:

- Quali sono le componenti e le dimensioni di analisi che definiscono e compongono ogni struttura psicopatologica?
- Come sono collegate fra loro?
- Come si sono progressivamente articolate per dar luogo a una particolare configurazione psichica?
- Quali di queste componenti sono esclusive e quali no?

CREDENZE MATRICI PASSIONALI

- Nel senso letterale di

CIO' CHE GENERA
CIO' CHE PRODUCE

Struttura che attraverso operazioni dei propri elementi genera altri elementi. La credenza–matrice, in quanto struttura profonda, genera, attraverso processi di particolarizzazione, nei quali si articola con altre credenze–matrice, delle fantasie, tanto inconsce quanto consce, **strutture di significato sempre cariche di affetti intensi.**

- Schemi che si conservano all'interno dell'inconscio mantenendo il proprio carattere generico, ma al tempo stesso tendono a esprimersi in scene fantasmatiche concrete, a trovare raffigurazione in situazioni particolari.
- La forza strutturante dell'episodio deriva dal fatto che un particolare evento dà luogo a un'astrazione di grado elevato capace di trasfondere il proprio significato ad altri singoli episodi diversi da quello iniziale.

- Esempio 1

Soggetto sottoposto a un tentativo di seduzione sessuale che lo ha sorpreso e angosciato. L'evento originario sarà riformulato in termini generici:
“vogliono approfittare di te, vedrai cos'hanno in testa, ti attaccheranno...”

- Esempio 2

Soggetti con identità negativa con tendenza all'opposizionismo, nei quali il proprio desiderio è modellato in contrapposizione a quello degli altri: “non devo essere come te, vedremo chi è il più forte, faccio solo quello che voglio...”

CREDENZA-MATRICE
PASSIONALE

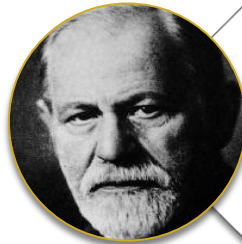
MANIFESTAZIONE
SPECIFICA



STORIA GENERATIVO-TRASFORMAZIONALE

COMPLESSITA' DELL'INCONSCIO

CONDIZIONI DI STRUTTURAZIONE:



Secondariamente inconscio:
(rimozione secondaria):
contenuto conscio poi relegato
nell'inconscio.



Originariamente inconscio:
contenuto che non ha mai avuto
accesso alla coscienza (es. scambi
emoz./pulsionali).



Non iscritto nell'inconscio:
ad es. il desiderio verso l'altro,
percepiti dai genitori stessi, come
fonte di pericolo.

“Pertanto, eliminare la rimozione di qualcosa che esiste e permettere che qualcosa abbia la possibilità di esistere sono compiti terapeutici differenti. Nel secondo caso il trattamento consiste in qualcosa di più che rendere conscio l'inconscio, che portare alla luce qualcosa che già esiste: si tratta qui di dare la possibilità di esistere a qualcosa che non è stato iscritto, che non ha mai avuto un momento costitutivo”.

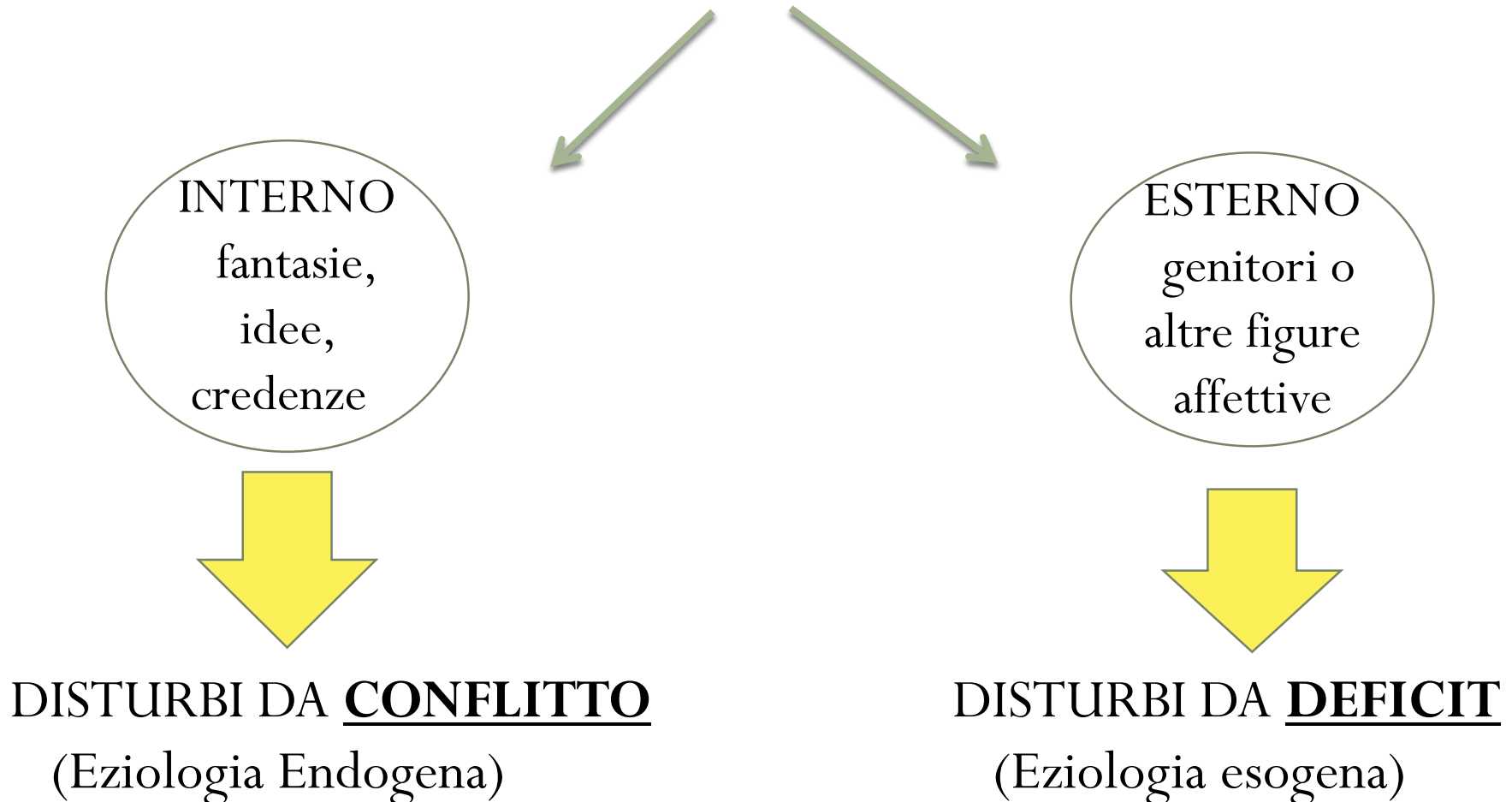
MODIFICAZIONE CONCETTUALE

Con la nuova teoria di Bleichmar cambia l'impostazione concettuale su:

- PSICOPATOLOGIA
- TRATTAMENTO TERAPEUTICO

PSICOPATOLOGIA

Due ambienti contribuiscono a generare la psicopatologia



Nelle patologie da deficit le figure significative falliscono, per qualsivoglia ragione, nel dotare il soggetto dei requisiti che permettono di sviluppare funzioni essenziali alla vita psichica.

Se si procede ad una decostruzione del concetto **PATOLOGIE
DA DEFICIT**, possiamo osservare come sotto questa
denominazione siano state raccolte situazioni tra loro
difformi:

PATOLOGIA DA
DEFICIT
DELL'OGGETTO
ESTERNO

- **L'oggetto esterno non ha fornito al soggetto, nei primi anni dello sviluppo, elementi essenziali per la costituzione dello psichismo.**

PATOLOGIA DA
TRAUMA

- **L'oggetto esterno ha perseguitato, terrorizzato, colpevolizzato, controllato abusivamente a livello psichico e/o fisico il soggetto (Bleichmar).**

ISCRIZIONE
PATOLOGICA
ORIGINARIA

- **Avviene un'identificazione da parte del soggetto con la patologia dei genitori.**

AMBIENTE DI CRESCITA

L'ambiente in cui l'individuo si sviluppa deve essere:

FACILITANTE



L'esterno non deve ostacolare il potenziale presente nel soggetto.

PROVVIDENTE



L'esterno deve svolgere la funzione di aiuto offrendo al soggetto ciò di cui ha bisogno e che da solo non può produrre.

LAVORO TERAPEUTICO

La Psicoanalisi si presentò ai suoi esordi come una teoria sulla
RIMOZIONE SECONDARIA, su ciò che inizialmente ha
accesso alla coscienza e che in seguito viene escluso a causa del
violento conflitto con altre rappresentazioni presenti nel sistema
cosciente.

La tecnica analitica coerente con tale concezione si basa
sull'ELIMINAZIONE DELLA RIMOZIONE e il RECUPERO
DELLE LACUNE MNESTICHE



CIO' NON E' SUFFICIENTE SE TENIAMO CONTO
DELLA COMPLESSITA' DELL'INCONSCIO
TEORIZZATA DA BLEICHMAR

Secondo questa prospettiva il trattamento analitico non si limita ad un'operazione di ampliamento della coscienza, ma deve prevedere una **modificazione/strutturazione dell'Inconscio stesso.**

È importante analizzare oltre che il mondo interno dell'individuo anche la realtà esterna, che può contribuire alla genesi della psicopatologia.

ORIGINARIAMENTE
INCONSCIO →

- Portare alla luce le rappresentazioni e gli stati emozionali trasmessi al soggetto dall'ambiente di crescita, contenuti di cui il paziente non è consapevole, ma che influenzeranno il suo sviluppo psichico.

INCONSCIO NON
COSTITUITO →

- Effettuare interventi riparatori, caratterizzati dall'assunzione transitoria, da parte del terapeuta, di alcune funzioni che non si sono MAI costituite nel paziente e di cui non può usufruire.

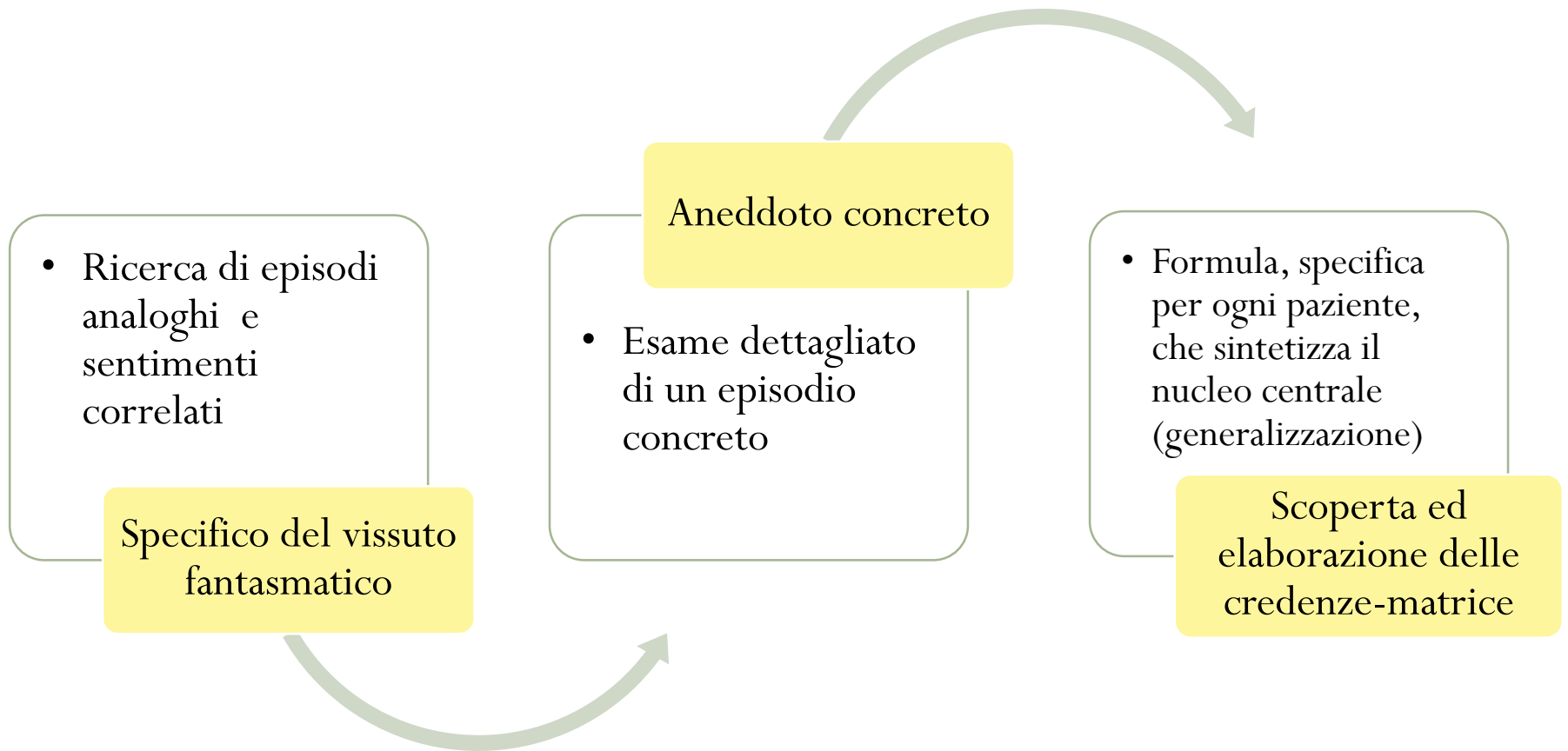
ANALISI DEL SINGOLO
EVENTO

ANALISI
DELLA
CREDENZA
MATRICE



La capacità del singolo evento di generare credenze-matrice passionali ha una precisa conseguenza sul piano terapeutico: l'originaria idea freudiana di recuperare l'episodio traumatico per poterlo elaborare nella sua specificità potrà corrispondere soltanto ad una prima fase del trattamento.

In una seconda fase si dovrà infatti affrontare anche la credenza-matrice soggiacente alla generalizzazione del significato dell'episodio.



IL MODELLO MODULARE TRASFORMAZIONALE

Secondo questo modello lo psichismo è considerato come un sistema dotato di una **struttura modulare articolata**: in essa è possibile delimitare i parametri analitici in grado di descrivere i sistemi motivazionali, o moduli, che, articolandosi tra loro:

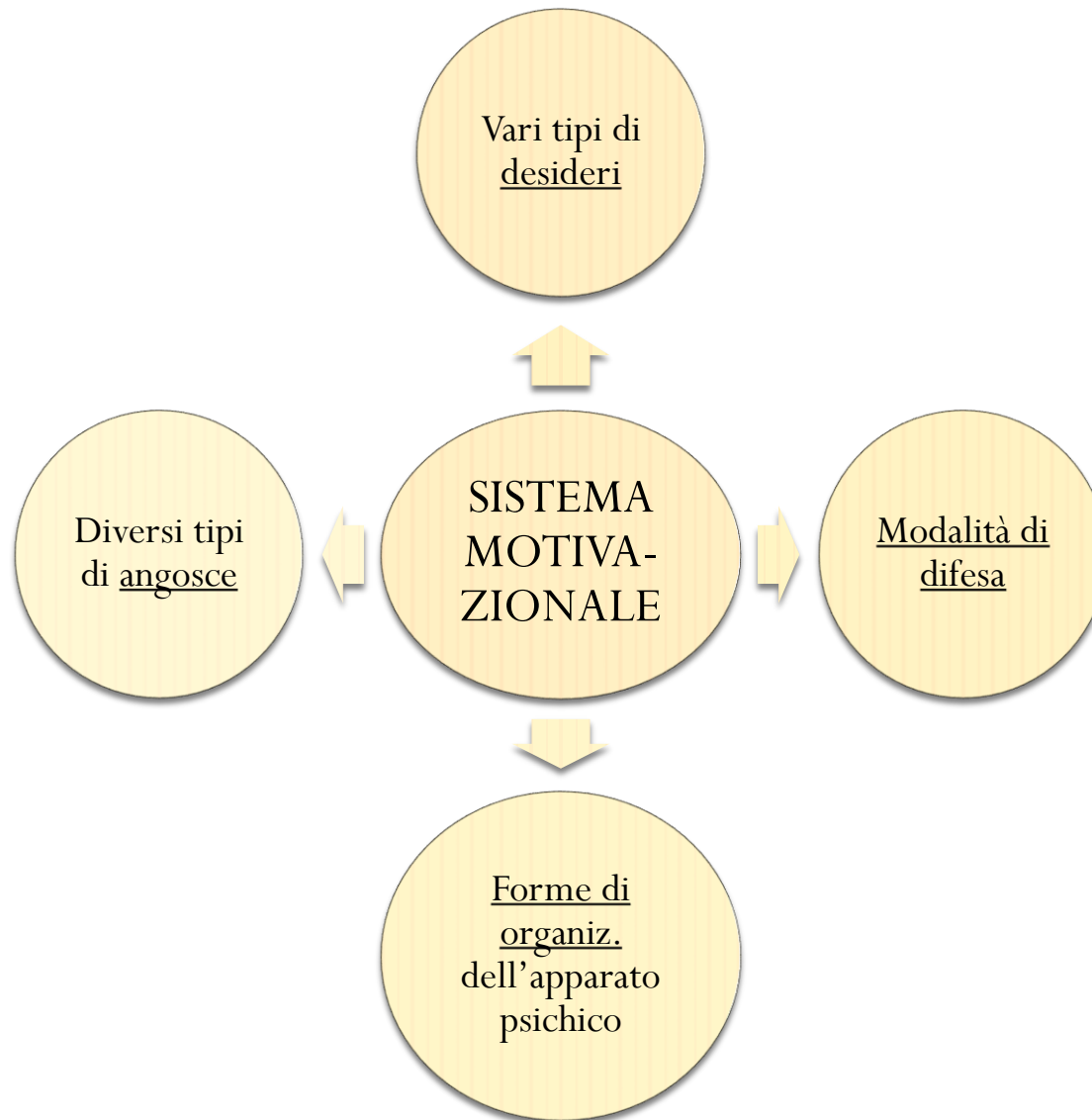
- mettono in moto
- frenano
- dirigono



l'attività psichica

La concezione di sistemi motivazionali diversi, articolati l'uno con l'altro, era già stata chiaramente formulata da D. Stern nei suoi studi d'impostazione psicoanalitica sullo sviluppo infantile:

“[...] pur non essendoci dubbi sulla necessità di un concetto di motivazione, questo dovrà essere evidentemente riformulato nel senso di una molteplicità di sistemi motivazionali diversi ma fra loro collegati. Ciò che dobbiamo capire è come emergono questi s.m., come si correlano gli uni con gli altri, e come si dispongono gerarchicamente nelle varie condizioni e alle diverse età”



Questo modello permette di:

- concettualizzare le forze che agiscono sulla genesi e sul mantenimento dei singoli disturbi, in termini di processi, e non di categorie isolate;
- approfondire la descrizione del modo in cui si passa da uno stato all'altro;
- comprendere le ragioni dinamiche delle varie trasformazioni;
- intervenire sui circuiti che si articolano per produrre le trasformazioni e stabilizzarle nell'attualità.

LA DEPRESSIONE

UN ESEMPIO: LA DEPRESSIONE

- La metodologia seguita da Bleichmair si articola in specifiche tappe:
 1. delimitare le caratteristiche di base dei disturbi depressivi, cioè **il nucleo comune** necessariamente presente in ognuno di essi al di là dell'elemento specifico proprio di ogni variante;
 2. stabilire i **percorsi** che portano alla costituzione di questo nucleo;
 3. indicare le **modalità di articolazione** delle diverse componenti all'origine dei vari sottotipi di depressione;
 4. descrivere le **trasformazioni** subite da queste componenti.

1. DELIMITAZIONE DEL NUCLEO COMUNE

L'obiettivo è la ricerca di una condizione sottostante, di un elemento strutturale, in grado di dar luogo, articolandosi con altri fattori, alle diverse varianti, o sottotipi, di depressione.



“OGGETTO COSTRUITO COME PERDUTO”

Freud, in *Lutto e melanconia* (1917), definì la depressione come la reazione alla perdita reale o immaginaria di un oggetto (una persona amata o un'astrazione che ne abbia preso il posto, come il paese natio, un ideale, ecc.): la peculiarità del fenomeno risiede dunque, non nella perdita in sé, ma nel modo in cui la perdita viene codificata (fantasie inconsce e pensieri consci che organizzano il modo in cui è avvertita la perdita).

“INAPPAGABILE INVESTIMENTO NOSTALGICO”

persistenza del desiderio
per l'oggetto

sua rappresentazione come
oggetto irraggiungibile

AFFETTO DEPRESSIVO
(elemento comune a tutte le depressioni)

Nel suo contenuto tematico il desiderio potrà presentare diverse variazioni e dar vita ai seguenti tipi:

- Desiderio di soddisfacimento pulsionale;
- Desiderio di attaccamento;
- Desideri narcisistici;
- Desideri associati al benessere dell'oggetto

AFFETTO DEPRESSIVO



AUTORAPPRESENTAZIONE DEL SOGGETTO
COME **IMPOTENTE**
INCAPACE DI MODIFICARE LO STATO DELLE COSE




SENTIMENTO DI
IMPOTENZA/VULNERABILITÀ

L'elemento decisivo dunque non è costituito dalla perdita dell'oggetto, ma dalla rappresentazione che la persona si crea di se stessa come incapace di raggiungere le proprie mete, tra le quali rientrano la presenza dell'oggetto e l'amore da parte di esso.

2. PERCORSI D'INGRESSO ALLA DEPRESSIONE

- **AGGRESSIVITÀ** (M. Klein). Condizione universalmente presente in ogni depressione e sua causa di fondo. Per Bleichmar è importante lavorare sul COME e sul PERCHÉ le diverse forme di aggressività sono capaci di provocare il sentimento di disperazione e impotenza rispetto alla realizzazione del desiderio.



contro le rappres. del soggetto
o dell'oggetto

effettivamente agita
sull'altro reale esterno o
contro se stessi

AGGRESSIVITÀ COME:

➤ **Condizione universalmente presente nella depressione**
(Klein, 1935)

➤ **Derivante dalla frustrazione del desiderio**

Aggressività contro la rappresentazione del soggetto che genera, di conseguenza, perdita di autostima

➤ **Fattore secondario**

Come risposta al difetto dell'oggetto esterno che provoca dolore

➤ **Come conseguenza della perdita di un oggetto dotato di valore**

Ripercussioni sull'autostima del soggetto

- **SENSI DI COLPA**. Nell'opera di Freud possiamo individuare concezioni diverse riguardo all'origine dei sensi di colpa
 1. **Per la qualità dei desideri inconsci**: fantasia ostile del soggetto nei confronti dell'oggetto d'amore.
 2. **Per l'identificazione**: ad es. bambini che s'identificano con genitori che si sentono in colpa.
 3. **Per la codifica degli impulsi e dei desideri da parte del Super-io**: ideale e istanza valutatrice variano da un individuo a un altro.
 4. **Difensivi**: modo illusorio di acquisire un senso di controllo sul corso degli eventi.
 5. **Introiezione dell'attacco all'oggetto**: il soggetto, rimproverando se stesso, rimprovera l'oggetto.

SENSO DI COLPA



**Preoccupazione
per la condizione
dell'altro e
identificazione con la
sua sofferenza**

VERGOGNA



Nasce nell'intersoggettività.
Presenza reale o fantasticata
di un Altro dignificativo
testimone degli errori del
soggetto.
Il focus è posto sulla
**preoccupazione per il
valore del soggetto**

- **DISTURBI NARCISISTICI**. Kohut ha insistito sull'esistenza di forme depressive prive di sensi di colpa, il cui nucleo sarebbe invece costituito da sentimenti di frustrazione dovuti alla mancata realizzazione di aspirazioni narcisistiche. Nella letteratura psicoanalitica si è soliti riunire sotto questa denominazione due diversi tipi di condizione, ai quali corrispondono diversi percorsi verso la depressione.

Bassa autostima,
difficoltà a mantenere
stabilmente un'immagine
positiva di sé



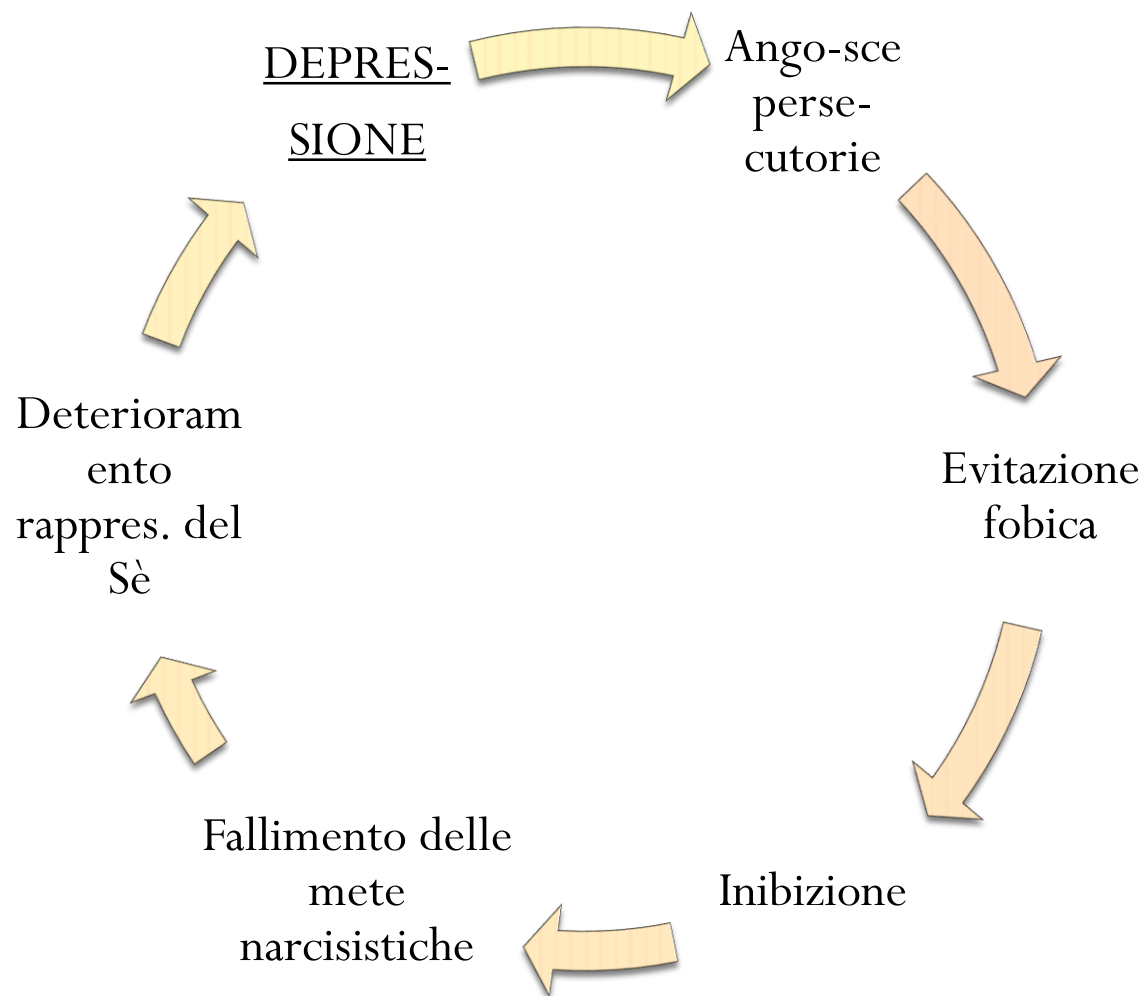
- Impotenza
- Incapacità di raggiungere l'oggetto perduto

Personalità onnipotenti,
grandiose, che disprezzano
l'oggetto e mantengono la
propria immagine facendo
ricorso a meccanismi di
scissione



Per i meccanismi di
difesa adottati il
soggetto rinuncia a
relazioni ed esperienze
di apprendimento,
riducendo così le
occasioni di sviluppo
per le funzioni dell'Io.

- **ANGOSCE PERSECUTORIE**. Possono condurre alla depressione attraverso le difese attivate (aggressività, evitazione fobica, rituali ossessivi, masochismo, ecc.) che limitano seriamente le capacità del soggetto, paralizzandolo e facendolo sentire impotente nel dominare la realtà, i rapporti significativi e la propria mente. Si crea così un circuito, schematizzato nella slide successiva.



La relazione tra paura, impotenza e depressione è confermata dal fatto che, una volta eliminata la situazione angosciante, sia risolvendola sia evitandola, la depressione scompare immediatamente.

- **L'IDENTIFICAZIONE**. È un percorso che può condurre alla depressione in due modi:

INDIRETTO →

Come elemento strutturante di ciascuno dei diversi fattori che possono portare alla depressione

DIRETTO →

Identificazione con genitori depressi (messaggi che il sogg. incorpora come idee di fondo che impregnano ogni suo desiderio sentito come impossibile).

“ [...] Non necessariamente queste esperienze devono essere state vissute dall'Io: la storia dei genitori resta incorporata nell'inconscio dei figli. Così come c'è 'un senso di colpa preso a prestito' (Freud, 1922), allo stesso modo può esistere un 'sentimento di impotenza e disperazione preso a prestito', per via di identificazione con genitori che si sentono in tale stato.”

Bleichmar.

3, 4. MODALITA' DI ARTICOLAZIONE E TRASFORMAZIONE DEI DIVERSI CIRCUITI

Sebbene ognuno dei circuiti sopra menzionati possa condurre alla depressione, attraverso le sequenze dei propri concatenamenti processuali, è anche possibile una loro **ARTICOLAZIONE**.

Ad esempio una rappresentazione impoverita, fragile e vulnerabile del soggetto, articolandosi con l'aggressività, fa sì che il percorso verso la depressione non sia più quello che deriverebbe dalla condizione di partenza (rappresentazione impoverita del Sé), ma quello conseguente alle successive articolazioni con altre componenti.

Questo modello permette di approfondire la descrizione del modo in cui si passa da uno stato all'altro, delle ragioni dinamiche di queste trasformazioni, dei circuiti che si articolano per produrle e **stabilizzarle nell'attualità**; inoltre è possibile comprendere l'andamento di questi circuiti non solo nella sua dimensione storico-biografica, ma anche e soprattutto come **rappresentazione di processi in atto**.

Se il soggetto continua a riprodurre il suo sentimento d'impotenza e disperazione la ragione verrà anche cercata nelle **regole di funzionamento del suo psichismo**.

Due possibili modi di articolazione:

Serie complementare



La depressione si
presenta come risultato
della **partecipazione
simultanea** di diversi
fattori

Serie sequenziale



Un circuito produce
conseguenze e movimenti
difensivi i quali **attivano
successivamente un
altro circuito** o un gruppo
di circuiti che possono
retroagire sui primi

CONSEGUENZE TERAPEUTICHE

Il modello modulare di articolazione di componenti permette di seguire un certo disegno razionale in qualsiasi piano terapeutico teso a modificare il quadro psicopatologico.

Ognuno dei circuiti (aggressività, narcisismo, identificazione, ecc.) costituisce sia un'area di DIAGNOSI sia un OBIETTIVO del lavoro terapeutico.

“Solo così potremo sapere che cosa fare, poiché se non abbiamo una mappa che ci guidi nel cammino non sarà possibile trovare la via d'uscita”.

Bleichmar individua diverse fasi:

- A. Individuare il settore che, per quel particolare paziente e per quella particolare fase dell'analisi, contribuisce maggiormente a creare l'attuale sentimento d'impotenza e disperazione.

B. Lavorare sui fattori e sulle condizioni che danno luogo alla patologia del settore riconosciuto (ad esempio il settore prevalente può essere quello dell'aggressività, allora si lavorerà all'interno del circuito di quest'ultima facendosi specifiche domande:

1. L'aggressività deriva, ad esempio, dall'identificazione con figure aggressive?
2. E' causa e/o effetto di un disturbo narcisistico, o di un'angoscia persecutoria o frutto di una difesa dai sensi di colpa.

- C. Una volta stabilito, per questo specifico caso, che è l'aggressività ad aver generato e a mantenere la perdita dell'oggetto, l'intervento sarà finalizzato alla sua disattivazione, agendo sulle componenti che le danno impulso.

- D. Se invece la depressione risulta essere il risultato di un'identificazione, dovremmo allora ricostruire la storia delle identificazioni.

Ogni quadro depressivo deve essere collocato all'interno della mappa generale della depressione, delimitandone il territorio di genesi e di mantenimento attuale, e specificandone sia la dimensione strutturale più stabile (nucleo comune) sia i movimenti e le trasformazioni difensive tra le componenti che possono aver condotto ad esso.

IL MASOCHISMO

MASOCHISMO

Ricerca cosciente e/o incosciente di sofferenza fisica o mentale , di autodanneggiamento, di autopunizione o di autoprivazione, tutte condizioni che il soggetto insegue in quanto le ha codificate (ha cioè conferito loro un significato) in modo tale che, su un altro livello, generano piacere.

Bleichmar individua diversi **sottotipi di masochismo**, a seconda della motivazione inconscia che spinge il soggetto al dispiacere.

MASOCHISMO (INTRAPSICHICO)

NARCISISTICO (diretto)

Sofferenza e autosacrificio come strumenti indispensabili per ottenere un'identità che permette alla persona di rappresentarsi come superiore agli altri.

MORALE

La sofferenza viene ricercata perché attenua i sensi di colpa o per placare un Super-io che tiranneggia il soggetto con ingiunzioni morali.

EROGENO (diretto)

Primario-strutturale: il soggetto cerca di essere maltrattato per ottenere piacere nell'atto sessuale.
Secondario-difensivo: tentativo di controllo della situaz. traumatica.

SADICO-PARANOICO

Masochismo come alibi di un sadismo non accettato dal soggetto: nell'intento di poter aggredire senza sensi di colpa, può fantasticare situazioni in cui è vittima di atti ingiusti.

MASOCHISMO (INTERSOGGETTIVO)

DIFENSIVO

Strategia adottata inconsciamente **per placare l'altro ispirando compassione** (partner sadico e narcisista): il soggetto si sminuisce mettendosi in una posizione che lo fa soffrire.

PER OTTENERE L'AMORE DELL'OGGETTO

Strategia volta ad **ottenere amore e presenza** dell'altro. È il caso di dipendenze perverse nelle quali il soggetto tenterà di adeguarsi alla patologia dell'oggetto pur di non perderlo.

PER MANTENERE L'IDEALIZZ. DELL'OGGETTO

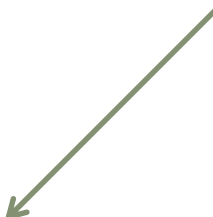
Sacrificio delle proprie competenze per **mantenere un'immagine idealizzata di un oggetto** da cui poter dipendere e sentirsi protetto in una simbiosi di sottomissione e autodenigrazione.

FORMA DISSIMULATA DI SADISMO

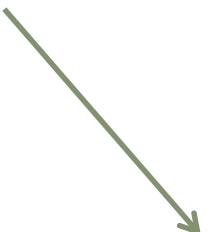
Il soggetto si sacrifica **per far sentire l'altro in colpa, per farlo soffrire**: per paura di aggredire direttamente, adotta un'azione indiretta: rovinare la felicità altrui con la propria sofferenza.

DELIMITAZIONE DEL NUCLEO COMUNE

- Bleichmar individua il nucleo comune del masochismo in due dimensioni fondamentali:



investimento libidico,
o sessualizzazione
dell'angoscia



controllo della situazione
traumatica

- Le due dimensioni si articolano in un processo a due fasi:
 1. **narcisizzazione difensiva**: in questa fase non si può parlare di vero e proprio masochismo in quanto il soggetto, di fronte al dispiacere conserva una certa quota di piacere narcisistico, razionalizzando l'inevitabile come se fosse da lui desiderato;
 2. **Assuefazione alla sofferenza**: una volta fissato a questa modalità di soddisfazione narcisistica, il fenomeno, originariamente difensivo, si trasforma in ricerca attiva della sofferenza, in modo da avere la sensazione di essere padroni del proprio destino.

“Analogamente, in alcuni casi di abuso sessuale, la situazione di terrore viene erotizzata: il piacere viene sovradimensionato, per arrestare la paura. Questa libidinizzazione e questa sessualizzazione difensiva dell’angoscia, permettono di negare la propria ostilità e di non provare rabbia nei confronti dell’oggetto sadico, eliminando così il temuto conflitto con esso”.

Bleichmar.

CONSEGUENZE TERAPEUTICHE

- Bleichmar individua nei meccanismi soggiacenti ad alcune pratiche masochistiche, un elemento che le trascende, una **strategia generale dello psichismo** che trasforma l'angoscia portando i contenuti traumatici e temuti al servizio del principio di piacere.
- L'intervento terapeutico sarà dunque rivolto all'individuazione dei **sistemi motivazionali** che stanno alla base delle fantasie e dei comportamenti masochisti e al loro disinnescamento.

- Il processo terapeutico si sviluppa in due momenti che possono anche intersecarsi:

1. **PORTARE ALLO SCOPERTO IL CARATTERE DIFENSIVO E GRATIFICANTE DEL MASOCHISMO.**

In questa fase si tenta di rendere coscienti le fantasie soggiacenti ai comportamenti autolesivi attraverso l'interpretazione delle motivazioni inconsce; il paziente comprende come dietro alla sofferenza c'è il conseguimento di un piacere o il tentativo di bloccare l'angoscia, entrando così in contatto con il senso di colpa da cui si difende e il terrore che ne fu all'origine e che continua ad alimentarlo;

2. RISOLUZIONE DELLA SITUAZIONE DI FONDO CHE DA' IMPULSO ALLA CONDOTTA MASOCHISTICA.

In questa fase il legame con il terapeuta e la sua azione di contenimento emozionale consentono al paziente di tollerare, senza eccessiva angoscia, il progressivo svisceramento del significato inconscio delle condotte masochiste, fino a quando il paziente stesso potrà assumere su di sé le funzioni temporaneamente svolte dall'analista.

FIDUCIA DEL TERAPEUTA

- Bleichmar parla di questo concetto nell'ambito del lutto patologico conseguente a una perdita d'oggetto. Esso deriva da quella che la Klein (1940) chiamava “fiducia nella capacità di riparare” e si può considerare un fattore terapeutico fondamentale e generalizzabile alla cura di tutte le patologie.

- La fiducia nella capacità riparativa non dipende solo dal soggetto, dalle riparazioni reali che è riuscito a compiere di fronte a condizioni avverse, ma anche dalle credenze che gli hanno trasmesso le figure significative riguardo alla fattibilità della riparazione.

La fiducia dell'analista nella capacità del paziente di cambiare la sua condizione di sofferenza diventa dunque un fattore determinante nel trattamento terapeutico:

“L’analisi è una scommessa sulla possibilità di modificare qualcosa, ma per vincere la scommessa è indispensabile che l’analista nutra fiducia in questa possibilità. Ragion per cui nessun analista che dubiti del suo paziente, o di se stesso come terapeuta, o del proprio strumento terapeutico, potrà mai trasmettere al proprio paziente la fiducia nel fatto che, a dispetto della sofferenza attuale ne uscirà fuori.”

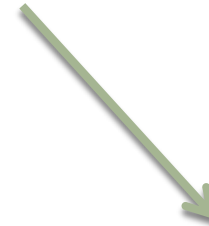
Bleichmar.

IL MASOCHISMO

Hugo Bleichmar

STUDIO DELL'AGGRESSIVITÀ

Due punti di vista per studiare l'aggressività

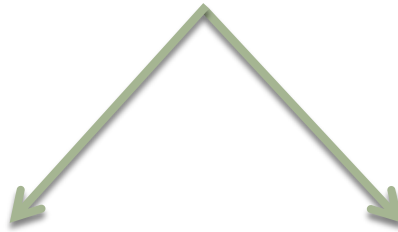


Punto di vista dell' OGGETTO che
subisce l'attacco aggressivo
dell'altro

Punto di vista del SOGGETTO
che attua un comportamento
aggressivo

MODELLO MODULARE TRASFORMAZIONALE

Bleichmar tratta l'aggressività dal secondo punto di vista,
applicando il MODELLO MODULARE-TRASFORMAZIONALE



Individuare il
NUCLEO COMUNE

Individuare le diverse
CONDIZIONI che
portano
all'aggressività

NUCLEO COMUNE

La SOFFERENZA è l'elemento che sta alla base delle diverse forme di aggressività.

Il comportamento aggressivo è utilizzato come uno strumento magico-onnipotente a cui fare ricorso ogni volta che si desidera assumere un'identità di soggetto potente.

CONDIZIONI CHE CONDUCONO ALL'AGGRESSIVITÀ

- ANGOSCE DI AUTOCONSERVAZIONE
- SENSI DI COLPA
- NARCISISMO
- AGGRESSIVITA'-STRUMENTO COME AZIONE
SULL'ALTRO E SULL'OGGETTO
- TENTATIVI DI SEPARAZIONE E INDIVIDUAZIONE

ANGOSCE DI AUTOCONSERVAZIONE

L'aggressività può assumere un RUOLO DIFENSIVO
rispetto alle angosce di persecuzione (sono una
sottoclasse delle angosce di autoconservazione che
portano il soggetto a sentirsi in pericolo).

Per uscire da una condizione di vulnerabilità, il soggetto si costruisce
l'immagine di un oggetto che lo attacca.

ANGOSCE PERSECUTORIE

Esistono due sottotipi di angosce persecutorie:

Quelle che si riferiscono alla FANTASIA

Quelle che si riferiscono alla REALTÀ

SENSI DI COLPA



SENSI DI COLPA

L'obiettivo è quello di modificare l'immagine di:

SÉ



L'aggressività verso di
SÉ' porta il soggetto
ad avere un'immagine
di sé più buona

ALTRO



L'aggressività verso
l'ALTRO è giustificata
dall'immagine
dell'altro come
colpevole

- Le cause dell'aggressività nella situazione edipica si presentano secondo due varianti:

Rivalità Secondaria



Causata dal desiderio
per l'oggetto

Rivalità primaria



Lotta con l'altro come
conseguenza
dell'**identificazione**
con l'**Io ideale**

NARCISISMO

Kohut considera l'aggressività una conseguenza delle ANGOSCE
NARCISISTICHE.

L'aggressività può essere rivolta contro di SÉ o verso l'ALTRO.

AGGRESSIVITÀ-STRUMENTO COME AZIONE SULL'ALTRO E SUL SOGGETTO

L'aggressività serve per manipolare

SÉ



Costringersi ad essere in un certo modo

ALTRO



Condizionare le condotte altrui. Si ha la credenza illusoria che l'aggressività abbia un potere magico

TENTATIVI DI SEPARAZIONE- INDIVIDUAZIONE

L'aggressività costituisce un tentativo del soggetto di
SEPARARSI violentemente dall'oggetto , di
CONQUISTARE uno spazio fisico e mentale.

Si manifesta in modo INDIRETTO.

E' soprattutto nell'adolescenza che questa aggressività acquista
la massima violenza.

- Vi sono casi in cui l'aggressività non è rivolta soltanto contro le persone ma anche contro qualsiasi aspetto della realtà che limiti i desideri del soggetto. Ne consegue una reazione aggressiva sotto forma di rifiuto e negazione.

Due condizioni:

- Previsione della realtà come frustrante ed aggressiva
 - **Negazione ostile della realtà**
- Senso di onnipotenza
 - Realtà vista unicamente come dispensatrice di soddisfazioni
 - **Beatitudine negatrice**

DUE TIPI DI AGGRESSIVITÀ

Aggressività Difensiva

Eliminare la
sofferenza

È
temporanea

Aggressività Sadica

Raggiungere
un piacere

E' una modalità
caratteriale
stabile

IL LAVORO TERAPEUTICO

1- Individuare il tipo di aggressività(difensiva e/o sadica) per poter attuare un trattamento specifico.

AGGRESSIVITÀ
DIFENSIVA



Lavoro sulle angosce
che la promuovono

AGGRESSIVITÀ
SADICA



Lavoro sul piacere
che la sostiene

IL LAVORO TERAPEUTICO

2- Riconoscere le molteplici condizioni che possono attivare l'aggressività

IL LAVORO TERAPEUTICO

3-Modificazione dell'inconscio del soggetto: attuare una modificazione che incide sulla sua rappresentazione de sé, come individuo in pericolo, e sulla rappresentazione dell'altro, come intrinsecamente potente e minaccioso.

NARCISISMO

IL NARCISISMO NELL'OTTICA MODULARE - TRASFORMAZIONALE

Studiare il disturbo narcisistico secondo il modello modulare-trasformazionale, spinge a porsi due interrogativi:

- *Qual è l'elemento distintivo che permette di eleggere il disturbo narcisistico a categoria psicopatologica?*
- *Quali configurazioni particolari si creeranno dall'articolazione di questo nucleo di base con le altre dimensioni della personalità del soggetto (con l'aggressività o con i diversi meccanismi di difesa)?*

IL “TEMA DEL VALORE” COME CARATTERISTICA DEL NARCISISMO

L'elemento specifico del narcisismo è rappresentato dal **sistema di significazioni**: una serie di prospettive che, come un codice, organizzano la percezione di qualsiasi tipo di attività, pensiero o legame del soggetto, conferendo loro un senso.

Nel narcisismo, ogni cosa viene vissuta in termini di **valutazione valoriale**. Il soggetto crea una scala comparativa di valori e virtù, collocandosi in posizioni di superiorità o inferiorità, rispetto ai propri modelli ideali e alle figure esterne che li incarnano.

Nella prospettiva costituita dal sistema di significazioni narcisistiche, anche le sensazioni e le funzioni corporee vengono assunte come **indicatori del valore o dell'inferiorità del soggetto.**



Esempio:

La malattia verrà vissuta come rivelazione della propria imperfezione; rifiuto di ammettere le normali manifestazioni fisico-biologiche (“non ho freddo”, “non sto male”, “non ho fame”, etc).

Il codice narcisistico induce a focalizzare l'attenzione sulla
singolare esperienza soggettiva.



Esempio:

*Se si presta aiuto a qualcuno il cuore dell'esperienza non sarà il pericolo
vissuto dall'altro, ma il merito di stare ricoprendo il ruolo di soccorritore.*

SOTTOTIPI DI DISTURBI NARCISISTICI: DUE TIPOLOGIE

La letteratura dedicata all'argomento cataloga come disturbi narcisistici:

1. sia i casi in cui **prevalgono sentimenti di grandezza ed eccezionalità**, di disprezzo per gli altri, di mancanza di empatia, di invidia ed aggressività;
2. sia i casi in cui **predominano sentimenti di inferiorità**, imbarazzo, insicurezza.

CLASSIFICAZIONI IN LETTERATURA

- 1) DSM IV (2000); KERNBERG (1975)

La megalomania è il tratto distintivo del narcisismo: sentimenti di grandiosità ed eccezionalità riferiti a sé, mancanza di empatia, incapacità di tollerare la dipendenza, invidia, aggressività.

Tale categoria appare come reazione difensiva e/o compensatoria.

- 2) KOHUT (1971, 1977, 1979, 1980, 1984)

Profondi sentimenti di inferiorità caratterizzano questa categoria. Il soggetto presenta importanti difficoltà a conservare un sé coeso e una buona autostima, cui tenta di supplire legandosi, in maniera dipendente, con figure dispensatrici di ammirazione.

QUALE NARCISISMO?

Quando collochiamo un paziente nell'area del disturbo narcisistico è indispensabile specificare non solo la variante del disturbo in cui egli rientra (bassa autostima o megalomania), ma anche i codici o le prospettive di percezione del mondo con cui tale variante si articola (codici fobici, paranoidi, colpevolizzanti, ecc.).

È importante, cioè, prendere in analisi le *fantasie* che organizzano la rappresentazione di sé e del mondo. Queste, amalgamandosi con i particolari contenuti tematici, conferiscono particolarità alla struttura di personalità del soggetto.

CONDIZIONI DETERMINANTI DEL NARCISISMO

IPERNARCISIZZAZIONE PRIMARIA

- Sono **soggetti identificati con la grandiosità dei genitori** e/o con l'immagine imponente che di loro costruirono le figure significative.
- La qualifica di *primaria* sta a indicare che **l'ipernarcisizzazione non è una compensazione difensiva** (ad es., in seguito a traumi), ma frutto di un'adesione "coatta" a modelli di pensiero genitoriali, preesistenti al soggetto

DEFICIT PRIMARIO DI NARCISIZZAZIONE NON COMPENSATO

- Sono soggetti che **non hanno potuto costruirsi un'immagine di sé piena di valore**, e che, successivamente, sono stati incapaci di colmare questo deficit.
- Tale determinante, sembra avvicinarsi alla descrizione che Kohut fa del disturbo narcisistico.

IPERNARCISIZZAZIONE SECONDARIA COMPENSATORIA

- Sono soggetti che, a **scopo difensivo**, si collocano in questa condizione, **in conseguenza di traumi narcisistici infantili**.

PERSONALITÀ NARCISISTICHE

È importante sottolineare le articolazioni che le tendenze aggressive e libidiche possono instaurare con la problematica narcisistica.

A seconda che a predominare sia l'aggressività o la spinta libidica, possiamo pensare a due tipologie molto diverse di personalità narcisistica.

PERSONALITÀ NARCISISTICA DISTRUTTIVA

Il quadro clinico è caratterizzato da invidia e rivalità. **Il soggetto muove attacchi all'oggetto con l'intento di distruggerlo.**

La megalomania è sostenuta dal **sentimento di onnipotenza** e dalle fantasie di violare l'oggetto o di poter prescindere da questo.

PERSONALITÀ NARCISISTICA LIBIDICA

Il soggetto tende a inglobare gli altri nella propria megalomania.

L'altro è considerato solo nella misura in cui si adatta alle proprie necessità narcisistiche.

Non c'è qui l'intenzione di arrecare danno all'altro, o il piacere di ferirlo; c'è solo disattenzione data dall'atteggiamento di **costante auto-centratura.**

TRIANGOLO DELL'EQUILIBRIO NARCISISTICO

Rappresentazione e
svalutazione del Sé

Ambizioni e ideali
elevati

L'equilibrio narcisistico
è il prodotto dell'interazione di
queste tre dimensioni

Severità della
coscienza critica

Ogni settore considerato è in grado di generare uno squilibrio dell'autostima.

Si tratta di un triangolo di forze, in cui il risultato finale dipende sia dal peso relativo di ogni componente, sia dalla loro reciproca articolazione.

Si possono avere, dunque, sottotipologie specifiche di sofferenza narcisistica, in riferimento al settore maggiormente danneggiato o che risulta predominante rispetto agli altri.

Ovviamente, ciascun sottotipo richiederà un singolare e specifico intervento terapeutico.

1- RAPPRESENTAZIONE E SVALUTAZIONE DEL SÉ

Quando il fattore predominante è una rappresentazione svalutata del sé (*deficit primario di narcisizzazione*), la persona si deprime perché non è come gli altri: osserva il mondo e soffre per sentirsi più brutto, più stupido e meno abile di tutti gli altri.

2- AMBIZIONI E IDEALI ELEVATI

Quando l'abbassamento dell'autostima è dovuto ad **aspettative patologicamente elevate**, il soggetto soffre perché, invece, si sente proprio come tutti gli altri.

Secondo il suo codice narcisistico, tale parità gli rimanda un'immagine di sé mediocre, comune, distante da quell'ideale di perfezione e di inimitabilità cui fa riferimento.

3- SEVERITÀ DELLA COSCIENZA CRITICA

Si presentano due condizioni diverse, nel caso in cui l'abbassamento dell'autostima è prodotto dalla severità della coscienza critica:

PRIMA CONDIZIONE

- La persona non accetta di prendere le distanze da quegli ideali, norme, ambizioni, valori che costituiscono i criteri della sua condotta. Il punto centrale è dato **dall'incapacità del soggetto di ammettere qualsiasi attenuante** per il mancato raggiungimento degli obiettivi fissati dai suoi "metaideali".
- **L'accettazione di sé e degli altri è garantita finché si aderisca a simili criteri**; in caso contrario, la persona narcisista risponde con il rifiuto.

SECONDA CONDIZIONE

- La persona è piena di **ostilità verso sé stessa**, l'aggressività con cui si auto-osserva precede, organizza e modella il processo di autovalutazione. **Il desiderio di aggredire sé stesso fa emettere il giudizio in anticipo, a prescindere dai fatti**: verranno ricostruiti e rimanipolati successivamente, per dar ragione della propria incompetenza.

L'IMPORTANZA DELL'OGGETTO

L'oggetto esterno interviene in modo decisivo sull'equilibrio narcisistico: non solo nella sua funzione di supporto del Super-Io, ma anche perché può modificare la rappresentazione del soggetto o agire come sua istanza critica.

L'oggetto esterno è di fondamentale importanza per la strutturazione della personalità soggettiva, perché rappresenta quell'istanza di paragone con cui confrontarsi, quell'ideale da introiettare e verso cui tendere per una crescita continua e matura.

L'oggetto esterno deve permettere il *rispecchiamento* del soggetto, ovvero la possibilità che egli venga riconosciuto nelle sue funzioni e che per esse venga ammirato.

Inoltre, offre al soggetto-in-divenire *un'immagine genitoriale idealizzata* con cui egli possa identificarsi, godendo di tale idealizzazione.

L'immagine idealizzata dell'oggetto entra all'interno della personalità del soggetto, viene progressivamente fatta propria, trasformata e declinata nelle importanti strutture intrapsichiche, nella misura in cui siano date condizioni di “frustrazione ottimale”.

La disillusione dell'oggetto, cioè, non deve essere brusca e massiccia (e dare così luogo a traumi), ma graduale e tollerabile, di modo che dall'onnipotenza si passi facilmente a un esame di realtà.

Deve essere possibile una “*internalizzazione trasmutante*”: il soggetto cercherà lo sguardo dell’oggetto per ottenerne l’approvazione, per confrontarsi e definirsi.

L’*oggetto-sé*, in quanto parte integrante della personalità, rappresenta un influente elemento che promuove la coesione del Sé, la comprensione e la flessibilità della negoziazione.

Se però l'oggetto rimane l'unica fonte di rappresentazione del
soggetto e continua a esercitare il suo ruolo primordiale di
Super-Io ausiliario,
allora si avrà una profonda condizione di dipendenza e
l'emergere della sofferenza narcisistica.

DEPRESSIONE ANACLITICA

Le personalità dipendenti, o *anaclitiche* (Blatt, 1974), percepiscono soddisfazione e gratificazione, solo se provengono dall'esterno.

Se l'oggetto viene perduto (per abbandono, morte o separazione), si produrrebbe un quadro clinico depressivo caratterizzato da sentimenti di solitudine, vulnerabilità e costante necessità di sentirsi in contatto, protetto, amato e rassicurato dall'oggetto d'amore.

In questo caso, il sostegno e il legame terapeutico assurgono a elementi fondamentali per il paziente.

La “cura per mezzo del transfert”, si mostra come efficace modalità di trattamento clinico.

DEPRESSIONE INTROIETTIVA

Al contrario, quando a scatenare la depressione è la percezione di un fallimento nella realizzazione di sé e dei propri ideali, la persona sarà schiacciata da un'incessante attività di auto-critica, in balia di un Super-Io severo, di sentimenti di colpa e di inferiorità.

Nelle depressioni dei pazienti dipendenti dal loro Super-Io inflessibile, l'appoggio del terapeuta o dell'ambiente circostante è scarsamente valutato, quando non rifiutato del tutto.

Tale soggetto interpreterebbe il sostegno del terapeuta come evidenza di un suo difetto ulteriore, sentendosi umiliati dall'immagine vulnerabile che così possono trasmettere.

Il trattamento più efficace si rileva quello che mira progressivamente a prendere in esame la rigidità del Super-Io e le sue esagerate aspettative.

ANGOSCE NARCISISTICHE

- Sentimenti di inferiorità e/o vergogna, o malessere diffuso di insoddisfazione verso se stesso, o sentimenti di vuoto, di noia, di devitalizzazione, di impotenza
- Angosce di disintegrazione: sentimenti di estraneità rispetto alla mente e al corpo, di incapacità a controllarne il funzionamento, di depersonalizzazione.

La *tensione narcisistica* (la sofferenza prodotta dal sentimento di inadeguatezza rispetto ai modelli ideali di perfezione fisica, morale o mentale) attiva nello psichismo *movimenti difensivi e compensatori* volti a farvi fronte

DIFESE ATTIVATE CONTRO LE ANGOSCE NARCISISTICHE

DIFESE COMPENSATORIE

Lo psichismo è in grado di costruire una realtà psichica, situata anch'essa nell'inconscio, che si oppone alla sofferenza narcisistica. Nell'inconscio, cioè si attiva una rappresentazione nuova del soggetto, piena di valore, che contrasta e si affianca con la condizione di sofferenza.

Esempio:

Una persona che si sente narcisisticamente insoddisfatta di sé può cercare una figura da cui ricevere ammirazione , oppure può fondersi con una figura idealizzata in modo tale da sentire di partecipare alla grandezza dell'oggetto esterno.

L'INCONSCIO DINAMICO

Ai fini dell'analisi e del trattamento della sofferenza narcisistica, bisogna sempre tener presente la dinamicità dell'inconscio.

Il conflitto non consiste semplicemente nell'opposizione di ciò che la coscienza sa e non sa. Il conflitto presuppone una contraddizione tra due termini, presente anche nelle regioni inconsce dell'Io e del Super-Io.

“È possibile che parti dell'Io e del Super-Io siano inconsce senza condividere i caratteri primitivi e irrazionali dell'Es” (Freud, Lezione 31, 1932)

Solo l'analisi dei fantasmi coinvolti, delle fantasie e l'analisi della sequenza con cui un paziente presenta la propria angoscia e lo specifico quadro sintomatico relativo, possono legittimare l'attribuzione della patologia a un particolare tipologia di sofferenza.

Nel caso delle angosce narcisistiche, bisogna chiedersi quali sono i fattori determinanti della tensione presentata dai pazienti. Solo un'attenta elaborazione di questi permetterà di ottenere una modificazione delle condotte patologiche che dalla sofferenza derivano.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO

È importante che si attui un trattamento terapeutico in base al tipo di narcisizzazione del paziente:

- NARCISIZZAZIONE SECONDARIA DIFENSIVA
- IPERNARCISIZZAZIONE PRIMARIA

NARCISIZZAZIONE SECONDARIA DIFENSIVA

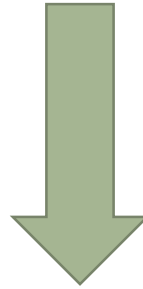


Quando il narcisismo distruttivo è una difesa contro esperienze traumatiche può essere utile mostrare al paziente il suo timore a rivivere quelle situazioni

ESEMPIO

“Mi sembra importante quel che mi ha raccontato, perché le deve aver lasciato un fondo di angoscia di fronte a qualsiasi situazione in cui poteva essere colto in fallo da qualcun altro. E’ come se lei avesse deliberato da allora in poi di non far trapelare o di non lasciar correre nessun errore”

IPERNARCISIZZAZIONE PRIMARIA



Quando la personalità narcisistica è il risultato di una ipernarcisizzazione primaria, dovuta ad un legame privilegiato con un genitore narcisistico che rimandava al soggetto una sua immagine grandiosa o l'obbligava a fondersi con l'immagine grandiosa che egli aveva di sé, l'intervento potrebbe seguire una falsariga del tipo:

ESEMPIO

“Eh già, questa situazione in cui (sua madre o suo padre) le parlavano a tu per tu criticando l’altro genitore era piacevole per un bambino, perché lo faceva sentire molto importante. E così oggi lei si aspetta che tutti coloro con cui entra in relazione le riservino lo stesso trattamento privilegiato...”.

Alcuni autori seguono un orientamento terapeutico assai distante da quello dei kleiniani, di Kernberg e della Psicologia dell'Io.

Essi ritengono che la patologia derivi dalla mancata soddisfazione, da parte dell'oggetto esterno, dalle legittime necessità narcisistiche del soggetto.

Il cuore dell'intervento terapeutico deve essere quindi la comprensione empatica e la soddisfazione delle suddette necessità *fino a quando* il paziente non sia in grado di farsi carico delle funzioni di sostegno al proprio narcisismo e al proprio sé coesivo, funzioni svolte in sua vece dal terapeuta.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO: KOHUT

1) Il legame terapeutico è fondato su un intenso sostegno emozionale, nel quale il terapeuta rispecchia il paziente e si presta a lui come oggetto idealizzato con cui egli possa fondersi.

L'obiettivo non è rendere conscio l'inconscio, ma far sì che il paziente si senta accettato, tranquillizzato dalle proprie angosce narcisistiche e legittimato nei propri desideri.

E' necessario che si rinforzi il narcisismo del paziente, *non nella coscienza, ma nell'inconscio*, sfruttando un legame in grado di trasmettergli una rappresentazione di sé come persona dotata di valore, accettata, dotata di desideri legittimi.

2) Kohut non si limita a sottolineare l'importanza dell'esperienza emozionale correttiva, ma si sofferma anche sull'importanza dell'interpretazione nell'ambito del transfert, sia in quello con il terapeuta sia in quello con le figure significative del paziente.

E' importante che il paziente veda la *sequenza* che collega determinate frustrazioni narcisistiche alle condotte e alle fantasie successive.

La validità di un'interpretazione non è data dalla verità che esprime riguardo una modalità di funzionamento del paziente, ma deve essere giudicata in base all'effetto che produce sullo psichismo di quest'ultimo.

TRATTAMENTO TERAPEUTICO: KOHUT LIMITI DEL MODELLO

- **PRIMO LIMITE**

L' orientamento kohutiano non si preoccupa di discriminare tra i pazienti che possono giovare della teoria della cura e della tecnica proposte e i pazienti per cui, al contrario, un tale approccio risulterebbe iatrogeno.

Occorre, invece, tenere in considerazione la differenza tra ipernarcisizzazione primaria e narcisismo distruttivo.

● **SECONDO LIMITE**

Anche tra i pazienti narcisistici non ve n'è nessuno privo di conflitti, di aggressività, di proiezioni e di meccanismi di difesa che ostacolano l'espansione delle sue possibilità.

È, quindi, indispensabile una combinazione puntuale e ponderata degli interventi finalizzati alla riparazione del deficit con gli interventi che mirano a rendere consci il conflitto e l'antagonismo inconsci.

● TERZO LIMITE

A un livello più generale occorre infine tener presente che, per quanto importanti possano essere il narcisismo e la sua patologia, lo psichismo non si riduce a questa dimensione.

Di fronte alla complessità dello psichismo, il modello kohutiano sembra semplificante sia dal punto di vista della teoria della personalità, sia sul piano della concezione psicopatologica.

PSICOTERAPIA DEL LUTTO PATOLOGICO

HUGO BLEICHMAR

IL LUTTO

DOMANDE CHIAVE

- Perché alcune persone rimangono fissate ad un oggetto perduto?
- Perché queste persone non riescono a legarsi ad un nuovo oggetto, messo a disposizione dalla realtà?
- Quali sono le condizioni che occorrerebbe modificare, e che dovrebbero costituire l'asse del trattamento, affinché il soggetto superi il lutto?

COSA IMPEDISCE L'ELABORAZIONE DEL LUTTO?

- *I sensi di colpa verso l'oggetto perduto.*

Sono questi a far sì che il ricordo dell'oggetto sia sempre presente.

Il soggetto pensa continuamente alle cure inadeguate che ha saputo offrire all'oggetto, ai presunti danni che gli ha inflitto, alla sofferenza che questo ha provato.

Il soggetto si identifica all'oggetto perduto e, in una circolarità patologica, più si immedesima nella sua sofferenza, più si accrescerà il suo sentimento di pena e di colpevolezza.

In un contesto dominato dal sentimento di colpa, smettere di pensare all'oggetto, o tentare di sostituirlo, viene vissuto come un **atto di slealtà**, come una sorta di tradimento nei suoi confronti.

L'adesione all'oggetto perduto agisce come un mandato superegoico che obbliga a non smettere di soffrire per la sua assenza.

La **sofferenza** del soggetto è, inoltre, un modo di **mostrare a se stesso di aver amato e di continuare ad amare l'oggetto perduto.**

Il dolore e la tristezza rappresentano le testimonianze tangibili della bontà e dell'affetto del soggetto.

La sofferenza può così trasformarsi in difesa, **tentativo di placare un Super-Io colpevolizzante.**

- *La perdita come offesa narcisistica.*

L'oggetto perduto diviene il bersaglio dell'odio del soggetto: **viene attaccato nell'intento difensivo di svalutarlo e di scalzarlo dalla posizione di giudice supremo del valore del soggetto.**

Tuttavia, più è mira di attacchi aggressivi, più l'oggetto mantiene la sua importanza nello psichismo del soggetto, ancorandosi al centro dei propri interessi.

Non c'è nulla che fissi il soggetto all'oggetto d'amore abbandonante
quanto il narcisismo ferito.

La ferita al proprio narcisismo attiva movimenti difensivi, coatti, che
canalizzano le energie del soggetto nell'intento di controllare o di
eliminare l'oggetto nelle sue qualità attraenti.

Il sentimento di impotenza, sentirsi disarmati in assenza dell'oggetto,
rafforza la depressione narcisistica che può agire secondo un
circolo vizioso e ricorsivo fatto di spinte aggressive e sensi di
colpevolezza. Questi ultimi, per essere neutralizzati,
richiederanno un ulteriore incremento di odio.

IL LUTTO NON ELABORATO

L'esperienza clinica mostra che i casi di lutto patologico, ovvero non risolto o non elaborato, sono frequenti in quei soggetti che, in passato, hanno già avuto a che fare con significative esperienze di perdita.

Queste, rimangono iscritte nello psichismo nella loro consistenza traumatica perché vissute in fasi precoci dello sviluppo, in periodi evolutivi cioè caratterizzati da profonda immaturità nella regolazione/elaborazione delle emozioni e nei confini dell'Io.

L'immaturità entro cui il soggetto è bloccato non gli consente altra possibilità di reazione se non quella di restare passivamente ancorato alla situazione di privazione.

Ad ogni attuale esperienza di perdita, il soggetto sperimenterà lo stesso sentimento di impotenza già vissuto nel passato.



In questo senso, interpretazioni terapeutiche del tipo: “il soggetto sente X (l’oggetto perduto attuale) come fosse sua madre quando se ne andò ...”, non hanno senso.

L’accento, infatti, deve esser posto sul modo in cui il soggetto si rappresenta.

Ad esempio: “Il paziente si sente piccolo e indifeso, senza speranza di trovare altro oggetto da amare, come quando sua mamma se ne andò via da casa ...”.

È importante sottolineare che la perdita presente **non** avvia un'equiparazione tra l'oggetto odierno e l'oggetto passato, bensì l'uguaglianza si ha tra i due stati di impotenza del soggetto, quello vissuto nel momento attuale e quello esperito nella sua infanzia.

Il soggetto torna a rappresentarsi inerme, a vivere la propria debolezza così come nel passato; ed è proprio su tale sentimento che occorre lavorare in psicoterapia, per rendere possibile un cambiamento nella rappresentazione che il soggetto ha di sé.

FUNZIONI SVOLTE DALL'OGGETTO PERDUTO

Se non è possibile staccarsi dall'oggetto perduto è perché questo era necessario al mantenimento dell'equilibrio psichico del soggetto.

Poteva fungere da sostegno al narcisismo, all'autostima, alla vitalità del soggetto.

O, ancora, l'oggetto poteva fornire un'efficace protezione da angosce e paure che, in assenza di esso, rischiavano di paralizzare il cammino evolutivo del soggetto.

Nei casi di lutto patologico, l'oggetto si presenta come oggetto della difesa simbiotica.

Esso permette, cioè, l'integrazione e il movimento di uno psichismo che può funzionare soltanto grazie alla fusione con un altro, che possa fornirgli gli elementi e gli strumenti di cui è carente.

Non importa che le insufficienze del soggetto e/o le facoltà dell'oggetto siano reali o solo il frutto di un'elaborazione fantastica.

Nelle condizioni di lutto patologico, la rottura della condizione di simbiosi della struttura psichica così creata, costituisce il presupposto che determina l'ancoraggio all'oggetto e la tendenza del soggetto a ricercarlo compulsivamente, nella realtà o nel ricordo.

**FUNZIONE
NARCISIZZANTE**



L'oggetto è unito in modo inestricabile al soggetto e assolve il ruolo di fondamentale **sostegno alla sua autostima.**

L'oggetto è scelto secondo una modalità narcisistica (Freud, 1917); la sua perdita viene vissuta come perdita all'interno dell'Io e come perdita del proprio sentimento di valore.

**FUNZIONE
TRASFORMAZIONALE**



L'oggetto, nella sua relazione con il soggetto, **induce importanti modificazioni nello stato** di quest'ultimo.

L'oggetto vitalizza il soggetto, attiva e dona energia ai suoi desideri agendo come vicario del suo Es.

L'oggetto è dunque un *oggetto trasformatzionale* (Bollas, 1987), e la sua perdita lascia il soggetto nel vuoto.

PERDITA DELL'OGGETTO: IMPOVERIMENTO NELL'IO E NELL'ES

La perdita dell'oggetto, dunque, comporta una ferita nella rappresentazione dell'identità e nella funzionalità del soggetto.

La relazione con l'altro è importante non soltanto al fine dell'integrazione del soggetto e della sua strutturazione in quanto essere pensante.

L'oggetto permette anche di *risvegliare l'eros* del soggetto, stimolando l'emergenza dei suoi bisogni e dei suoi desideri, come anche di sentimenti o capacità prima di tale incontro inesistenti o sopiti.

FUNZIONE DI CREAZIONE
DEL SENTIMENTO DI
SICUREZZA DI FONDO



L'oggetto può ricoprire la funzione di mediatore con la realtà e di responsabile della soddisfazione dei bisogni pulsionali

La perdita dell'oggetto genera uno **stato di allarme** che attiva il ricordo dell'oggetto ed il desiderio della sua presenza

FUNZIONE DI
CREAZIONE/SOSTEGNO
DELLA COESIONE DEL SÉ



L'oggetto può rivestire il ruolo di organizzatore della coerenza temporale dell'identità

L'assenza di questo oggetto mette in crisi non solo il **senso di identità** ma anche il senso di **coerenza di tutta l'attività mentale**, percepita come disorganizzata o disgregata

L'Es si presenta come nucleo iniziale innato, tuttavia mai statico. Esso è in continua evoluzione, i suoi processi e le sue manifestazioni non sono precostituite, ovvero semplicemente destinate a dispiegarsi o a essere rimosse.

L'oggetto dona vitalità al soggetto, *partecipa alla costituzione e alla strutturazione dell'essere desiderante*.

Offre energia alla *funzione desiderante*, alla curiosità e alla capacità di investimento del soggetto, al di là dei singoli temi in cui il suo desiderio va a dispiegarsi.

“Al soggetto non si offre unicamente un Super-Io quale diga di contenimento di acque piene di energia, ma le acque e l’energia stessa”.

L’idea di un Es autogenerato non ha senso: sono proprio l’altro e il linguaggio (dell’altro e con l’altro), a contribuire alla nascita e allo sviluppo dell’Es.

Deve esserci un'identificazione strutturante con la funzione desiderante dell'altro.

In caso contrario, il soggetto necessiterà della concreta presenza dell'oggetto per viverci con entusiasmo.

In assenza dell'oggetto sperimenterà il vuoto e, per questo, nutrirà il desiderio di tornare indietro, recuperarlo, soffrendo per la sua assenza.

I DEFICIT DEL SOGGETTO

L'elaborazione del lutto richiede non solo un lavoro di comprensione della relazione che legava il soggetto al suo oggetto, ma anche e soprattutto un sensibile lavoro di analisi circa la rappresentazione che il soggetto ha di sé e delle proprie capacità funzionali.

I deficit del soggetto, reali o immaginari che siano, rappresentano un impedimento alla risoluzione del processo di lutto, soprattutto nel momento in cui l'oggetto continua a esser vissuto come unica fonte di valore, di senso e di organizzazione del soggetto.

Quando, cioè, l'oggetto viene a essere idealizzato.

IL RISCHIO DELL'IDEALIZZAZIONE

Idealizzare l'oggetto vuol dire attribuirgli i caratteri di unicità e di non replicabilità, conferendogli massima importanza.

Melanie Klein (1935, 1940) sottolinea il **carattere difensivo dell'idealizzazione**: serve a placare le angosce paranoiche e i sentimenti di colpa rispetto all'oggetto perduto.



Il rifugio offerto da tale meccanismo difensivo permette di assicurare il soggetto del proprio amore verso l'oggetto e a proteggersi da spinte aggressive nei suoi confronti, o dallo scoprire in sé sentimenti di impotenza e vuoto.

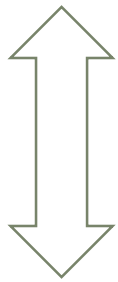
DEFICIT DEL SOGGETTO E FISSAZIONE ALL'OGGETTO

FISSAZIONE PRIMARIA



L'oggetto perduto viene rimpianto e il **soggetto si immobilizza nel suo ricordo.**

L'intensa idealizzazione di questo, frena l'avvicinamento del soggetto ad altri e nuovi oggetti disponibili nella realtà.



FISSAZIONE SECONDARIA



Avviene un **fallimento, reale o preventivato, nell'incontro con un nuovo oggetto** e, in virtù di tale fallimento attuale, l'oggetto del passato viene idealizzato e considerato perduto. A partire dal presente, tutto il passato conosce un nuovo significato, après coup.

Tra fissazione primaria e fissazione secondaria **può realizzarsi una relazione di reciproco rinforzo:**

- l'incontro con un nuovo oggetto suscita angoscia, o si rivela irrealizzabile
- il ricordo dell'oggetto perduto viene, quindi, recuperato e ancor più idealizzato
- rendendo però sempre più difficile avvicinarsi a un nuovo e concreto oggetto.

ESEMPIO DI FISSAZIONE SECONDARIA

Il soggetto fantastica incontri con nuovi oggetti e desidererebbe avvicinarvisi.

Non è animato da sensi di colpa, ma ogni eventualità di incontro culmina nel sentimento di angoscia;

il soggetto si ritrae, si isola, rinvia l'avvicinamento reale.

Avviene una silenziosa e interna lotta tra il desiderio dell'altro e il timore di un suo rifiuto, che si conclude nel rimpianto dell'oggetto perduto, recuperato nella memoria, e in un profondo stato depressivo.

L'IMPORTANZA DEL MODELLO MODULARE - TRASFORMAZIONALE

Nella pratica clinica, è importante considerare non soltanto l'oggetto e il ruolo svolto nella relazione con il soggetto, ma anche la particolare struttura di personalità di quest'ultimo.

L'idealizzazione dell'oggetto perduto (che può precedere o essere successiva alla perdita) è solo uno dei fattori che possono impedire l'incontro con nuovi oggetti.



Se la sua organizzazione di personalità paranoica o narcisista, ad esempio, gli fa temere l'aggressione, la critica o il rifiuto da parte dell'altro, allora il soggetto si isolerà costruendo una barriera fobico-evitante che renderà impossibile l'incontro, a prescindere da quanto possa essere desiderato

Ancora, se il soggetto difetta di risorse dell'Io o non possiede specifiche risorse strumentali, conoscitive o esperienziali, i tentativi di allacciarsi a un oggetto nuovo, reale, potenzialmente sostitutivo, avranno anche qui termine in un insuccesso.

Il fallimento, dunque, non farà che aumentare la nostalgia per l'oggetto perduto.



Regressione all'oggetto passato: la situazione attuale non fa che risignificare la situazione passata.

Regressione difensiva: il “piacere di tornare indietro” deriva dalla capacità di poter arrestare le angosce attuali, non conosciute e che perciò potrebbero disarmare il soggetto.

Il trauma attuale non è la semplice ripetizione del trauma passato,
irrisolto.

*“Il trauma scatenante interviene con pari diritti delle rappresentazioni
precedenti e offre loro la possibilità di una nuova ricomposizione
produttiva”*

(Silvia Bleichmar, 1993).

LA SOFFERENZA COME GARANZIA DEL LEGAME

In alcuni casi, la sofferenza può finire per trasformarsi in una particolare modalità di legame con l'oggetto attuale: il soggetto mira a ispirare compassione, offre dolore in cambio di amore.

La sofferenza diventa dunque *strumento* per garantirsi la presenza dell'altro, a tal punto che il soggetto, per sentirsi accompagnato e amato, ha bisogno di soffrire. Scivola in una modalità masochistica per cui il dolore è “piacevole”, poiché lo rassicura dell'amore che potrà ricevere dall'oggetto presente.

Qui, dunque, non è tanto l'oggetto perduto a essere rimpianto e a generare l'immobilismo: ciò che dovrà essere oggetto di un'analisi sensibile è *l'obbligatorietà della sofferenza*, assunta a mezzo utile alla creazione di una relazione intersoggettiva basata sulla compenetrazione emozionale.

LA PERDITA DELL'OGGETTO INTERNO

L'incapacità a superare il lutto, l'adesione masochistica allo stato di sofferenza, secondo Melanie Klein (1935, 1940) ha le sue profonde radici nella perdita, da parte del soggetto, del suo *oggetto interno buono*.

L'oggetto interno, sia positivo che negativo, è una *rappresentazione-pregiudizio*, qualcosa cioè che guida le aspettative e le attese del soggetto.

È una rappresentazione che nasce dall'incontro e dalla commistione tra immaginario e reale.

Nella mente del soggetto esiste una rappresentazione immaginaria di qualcosa e di qualcuno che possa dispensargli piacere e felicità, come anche frustrazione. Tale idea avvierà la *ricerca* di un simile oggetto nel reale e una sua *conversione*, una volta trovato.

Melanie Klein individua nell'aggressività la causa fondamentale del deterioramento dell'oggetto interno: il soggetto, dominato dall'ostilità, deforma progressivamente la rappresentazione dell'oggetto, ne seleziona prevalentemente le esperienze negative rispetto a quelle positive.

Il superamento del lutto è destinato a risolversi non nel recupero di un oggetto specifico (del passato), ma nella ***riedificazione, nello psichismo, della rappresentazione dell'oggetto interno buono.***

Gli sforzi terapeutici dovrebbero cioè mirare a portare alla luce le rappresentazioni-pregiudizio attraverso cui il soggetto si accosta alla realtà e, dunque, risignificarle per offrire loro una possibilità di conversione in una rappresentazione più gioiosa.

IL TRATTAMENTO TERAPEUTICO

OBIETTIVO



Cercare di superare le ansietà e i limiti del soggetto che gli impediscono di separarsi dall'oggetto perduto (fissazione primaria) o che gli rendono impossibile entrare in relazione con oggetti sostitutivi, facendolo tornare al ricordo e alla nostalgia dell'oggetto perduto (fissazione secondaria) con la conseguente idealizzazione.

FIDUCIA NELLA CAPACITÀ DI RIPARARE



L'esperienza reale di aver perso qualcosa di importante e di aver potuto proseguire il proprio cammino resta iscritta nello psichismo come credenza nella riparabilità delle perdite.

Questa fiducia nella capacità riparativa non dipende esclusivamente dalle vicissitudini del soggetto, ma anche dalle credenze trasmesse dalle figure significative.

POSSIBILITÀ DI TRASFORMAZIONE



Non dipende soltanto dal soggetto, dalla sua patologia e dalle sue risorse, ma è indispensabile che l'analista nutra fiducia nella possibilità di modificare qualcosa.

Ragion per cui nessun analista che dubiti del suo paziente, o di sé stesso come terapeuta, o del proprio strumento terapeutico, potrà mai trasmettere al proprio paziente la fiducia nel fatto che, a dispetto della sofferenza attuale, ne uscirà fuori.

ALCUNE DIMENSIONI DI FONDO

SISTEMI MOTIVAZIONALI

Il modello modulare-trasformatzionale è basato sull'articolazione di sistemi motivazionali:

- Sistema sensuale-sessuale
- Sistema narcisistico
- Sistema di evitazione/riduzione del dispiacere
- Sistema di attaccamento

Questi sistemi motivazionali non solo non esauriscono la lista dei moduli che compongono lo psichismo ma devono essere scomposti nelle loro diverse componenti e quindi essere messi in relazione con le configurazioni dell'Io, dell'Es e del Super-io.

Questo porta alla domanda:

Quale tipo specifico di intervento per quale tipo di configurazione diagnostica? Quale tipo di intervento per quale componente della struttura psicopatologica e di personalità?

Queste dimensioni non devono essere prese come elementi a sé stanti e scollegati, bensì come momenti isolati e «congelati» al fine di aiutare a pensare una realtà complessa fatta di processi causali e trasformativi.

Abbiamo quindi un tempo dell'analisi «statico» volto all'identificazione delle diverse dimensioni ed un tempo «dinamico» in cui si cerca di determinare i passaggi, le trasformazioni e le reciproche influenze delle diverse dimensioni.

IL SISTEMA PULSIONALE-DESIDERANTE

Nell'essere umano l'istinto animale si iscrive nello psichismo in qualità di **desideri** che partono dal soggetto e si dirigono verso l'altro, ma che si costituiscono anche grazie all'intervento di questo altro, il quale fornisce non solo il contenuto del desiderio ma anche la vitalità, la modalità di desiderare e la relazione all'atto desiderante.

La clinica del conflitto e angoscia di castrazione mostrano come ciò che è oggetto di desiderio e di piacere può al tempo stesso far sentire il soggetto in pericolo, che sia questo reale o immaginario (Freud, 1938).

Desideri che si attivano nel soggetto rispetto all'altro connotano le sue modalità di legame interpersonale:

- **Desideri di essere nutrito e protetto al fine di placare l'angoscia**
- **Desideri di soddisfazione sensuale-sessuale o di impulsi aggressivi**
- **Desideri narcisistici, di riconoscimento, di trionfo o di fusione con l'oggetto**
- **Desideri di risposta emozionale dell'altro alla ricerca dell'empatia altrui**

Sebbene i quattro sottotipi di desideri siano presenti in tutti noi, la loro importanza e preminenza possono variare

Se seguiamo il principio della **preminenza relativa** tra sottotipi di desiderio è possibile comprendere come, nell'incontro tra due persone, il livello di concordanza o discordanza tra i sottotipi di desiderio che sono preminenti in ognuno dei soggetti ed il loro modo di combinarsi tra loro può dar luogo a tensioni.

STATI EMOZIONALI E ANGOSCE

Gli stati emozionali sono delle strutture cognitivo-affettive formate da componenti neurovegetative e cerebrali attivate da idee ed immagini. A loro volta questi stati affettivi selezionano idee e immagini collocandole nella serie del piacere o del dispiacere.

Gli stati affettivi raccolti sotto la denominazione di “angosce” sono il risultato dell’attivazione del sistema d’allarme e di emergenza nei confronti di diversi tipi di pericoli interni e/o esterni

In quest'ottica il soggetto cerca sì oggetti e soddisfacenti, ma soprattutto, cerca di risperimentare determinati stati emozionali e di sfuggire ad altri (Bollas, 1987,1989).



Non solo per il **contenuto simbolico** degli stati emozionali, ma anche per lo **stato psicofisico** che sono capaci di indurre.

A volte, quando una persona non riesce ad abbassare il suo livello di stress e iperattività, è proprio perché l'alto grado di attivazione neurovegetativa è intimamente associato, nel suo psichismo, a esperienze di piacere.

Basti pensare a come il rumore o il movimento delle discoteche possa, in alcuni casi, dare assuefazione: essi procurano stati di ipereccitazione desiderati che finiscono per essere inseguiti per se stessi, in quanto associate alla presenza dell'oggetto.

L'ipereccitazione, in quanto facente parte di una esperienza di piacere, diventa essa stessa oggetto di desiderio.

Se in alcuni casi l'ipereccitazione è oggetto di ricerca, in altri può costituire l'oggetto evitato, rimasto iscritto nello psichismo come simbolo di pericolo.

Tale angoscia può essere attivata non solo da un desiderio trasgressivo, ma anche da uno stato emozionale che fa presagire un pericolo.

Questo perché le **credenze-matrici organizzano** i quadri emozionali in modo che gli effetti di piacere o angoscia non siano dovuti alle proprietà di una determinata idea, ma ad alcune credenze generali relative al piacere e all'angoscia stessi.

Queste credenze forniscono alle idee specifiche una **carica emozionale** che ne determina la qualità di piacere o di angoscia.

INTENSITÀ AFFETTIVA DELLE IDEE

Cosa fa sì che un'idea abbia una forte ripercussione affettiva sulla persona?

In genere per rispondere a tale domanda si fa ricorso al meccanismo dello spostamento:

- Un'idea riceve la propria intensità affettiva da un'altra idea alla quale è rimasta collegata

Il ricorso a questa spiegazione però chiarisce solo una parte del problema, non spiegando come l'idea originale abbia questa carica affettiva.

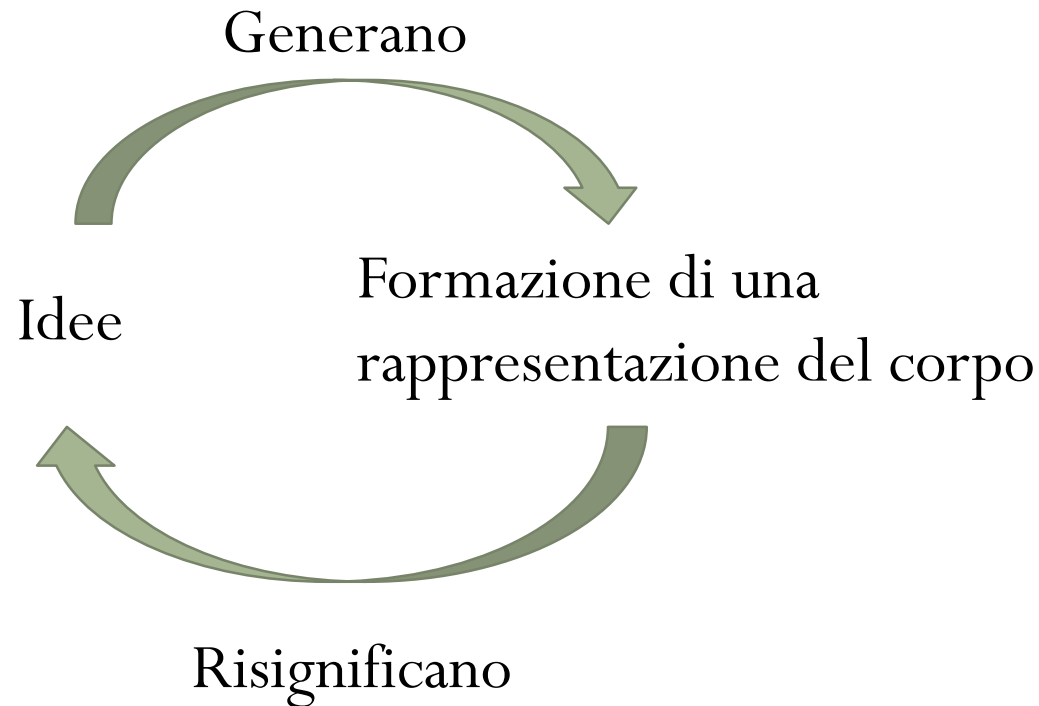
Sostenere che un'idea sia dotata a priori di una determinata intensità affettiva significa ignorare completamente la dimensione simbolica nella quale un'idea nasce e si sviluppa.

Orrore e piacere nascono, prima di tutto, nell'ambito degli **scambi identificatori** con l'altro significativo

A partire dalla base costituita dalla predisposizione biologica,
ovvero dai circuiti neurofisiologici innati, il bambino,
nell'incontro con l'altro significativo può apprendere i
«fonemi» degli stati emozionali.

I fenomeni corporali, inoltre, non sono semplici accessori che accompagnano le idee in un processo che da queste ultime porta ai primi.

Infatti ciò che avviene nel corpo si iscrive nello psichismo su due livelli:



Non c'è inoltre una particolare fantasia precostituita relativa a una situazione di pericolo : c'è invece alla base un dispositivo, sotto forma di matrice passionale, che seleziona ogni particolare fantasia e ne ricerca, tramite un **lavoro produttivo**, la specifica variante capace di generare il massimo grado di terrore.

LE ANGOSCE DI DISINTEGRAZIONE E FRAMMENTAZIONE

Kohut (1977, 1984) ha sottolineato l'importanza di quelle che lui chiama angosce di disintegrazione, tra le quali inserisce anche l'angoscia di frammentazione.

Le angosce di frammentazione corrispondono ai sintomi tipici dei quadri clinici di depersonalizzazione, in cui il soggetto vive le proprie esperienze come se gli fossero estranee.

Il punto focale diventa quindi il sentimento di estraneità nei confronti:

Della propria mente



Le parole che il soggetto pronuncia gli sembrano strane, come se parlasse in modo automatico senza identificarsi con quello che sta dicendo

Del proprio corpo



Il corpo e alcune sue parti sono sentiti come estranei

Della propria identità globale



Ad andare perduta è la sensazione di continuità temporale dell'identità, la sensazione di restare la stessa persona nonostante i cambiamenti del corpo.

Secondo Kohut la frammentazione deve essere ricondotta alla **mancata restituzione** da parte dell'oggetto esterno, **di una immagine unificata** del soggetto.

D'altro canto le angosce di frammentazione possono insorgere non per una inadempienza da parte dell'oggetto esterno, ma per un'eccessiva autoanalisi operata da un **Super-io severo**.

Possono inoltre rappresentare la conseguenza di angosce che, assorbendo gran parte dell'attenzione del soggetto, lo dissociano da altri nuclei di attività presenti.

STATI EMOZIONALI: FORME DI COMUNICAZIONE E AZIONE

Gli affetti, oltre ad avere un aspetto espressivo, sono **modi per comunicare** all'altro i nostri stati e per suscitare nell'altro determinati affetti che lo inducono, a sua volta, ad agire nei nostri confronti

L'aspetto comunicativo, però, non si limita all'azione che esercitiamo sull'altro. Il soggetto stesso percepisce i propri affetti come un'istruzione per agire.

Il soggetto, inoltre, reagisce ai propri stati affettivi con il fenomeno dell'autosintonizzazione affettiva, che incrementa lo stato affettivo iniziale.

IL SISTEMA DIFENSIVO

Di fronte all'angoscia e altre forme di dispiacere, nello psichismo si mettono in moto determinati processi difensivi volti a bloccarle o ridurle. È necessario, però, fare una distinzione tra due grandi gruppi di difese:

➤ **Meccanismi di difesa**

Processi di occultamento alla coscienza di rappresentazioni spiacevoli che vengono escluse dalla coscienza **senza essere modificate**

➤ **Difese nell'inconscio**

Presenta un **processo creativo inconscio** al fine di assumere una nuova identità

Esempi di difese nell'inconscio:

➤ **Assunzione difensiva di identità inconsce**

Il soggetto assume un'identità (ad esempio forte e protettiva) che gli consente di evitare un'altra identità temuta (sentimenti di debolezza o vulnerabilità).

➤ **Difesa simbiotica inconscia**

Un elemento inesistente nella struttura psichica del soggetto viene incorporato attraverso l'unione con l'altro fintanto che tale legame è mantenuto.

➤ **Disattivazione del desiderio nell'inconscio**

Perdita difensiva di interesse per l'oggetto o per alcune funzioni del soggetto stesso.

Esistono poi **difese miste** volte a evitare sia il dispiacere conscio sia il dispiacere inconscio:

➤ **Stati mentali utilizzati come difese**

Un determinato stato mentale (es. Ipereccitazione) può essere utilizzato per contrastarne un altro che provoca sofferenza (es. Sentimenti di vuoto). Altre volte la difesa non è rivolta contro uno stato specifico ma contro lo psichismo nel suo complesso.

➤ **Esperienze compensatorie di soddisfazione**

Di fronte al dispiacere inconscio prodotto da determinate esperienze si attivano modelli di comportamento che producono piacere immediato.

Un'altra distinzione utile è quella tra le difese alloplastiche e autoplastiche

➤ **Alloplasticità**

Modificazione di uno stato affettivo o sua esclusione dalla coscienza tramite un'azione esercitata sul mondo esterno.

➤ **Autoplasticità**

Il soggetto modifica la propria mente per escludere dalla coscienza o trasformare uno stato affettivo spiacevole.

Un'ultima questione importante riguarda l'origine delle difese.

I meccanismi di difesa sono stati a lungo considerati come provenienti dall'interno del soggetto, costruiti a partire dai movimenti corporei.

Esempio

L'introiezione sarebbe collegata all'oralità incorporante, la proiezione all'analità espulsiva etc.

Questa concezione delle difese però non riconosce come l'altro fornisca al soggetto non solo le tematiche del suo pensiero conscio e inconscio, ma anche le forme che guideranno l'elaborazione dei contenuti.

L'idealizzazione, per esempio, trova **nell'identificazione con l'altro** un'importante fonte di origine.

ORGANIZZAZIONI PSICHICHE SOVRAORDINATE

Abbiamo considerato una serie di dimensioni che, articolandosi tra loro, danno vita a configurazioni differenti.

Queste dimensioni si costituiscono nell'interazione tra la dimensione interna e quella intersoggettiva, a partire dalla quale emergono delle strutture intrapsichiche dotate di una stabilità e che fissano le modalità con cui il soggetto si pone in relazione con gli altri e se stesso.

Queste strutture sovraordinate possono essere divise in due categorie:

**RAPPRESENTAZIONI
DEL SOGGETTO**



Rappresentazioni del corpo e della mente su molteplici livelli, che formano i nuclei di base del sentimento di identità, cioè identità funzionali che impostano le azioni del soggetto

**RAPPRESENTAZIONI
DEI PERSONAGGI**



Personaggi terribili o figure salvifiche con cui il soggetto si trova in relazione. Sono incluse anche le rappresentazioni delle loro presunte intenzioni, desideri e atteggiamenti nei confronti del soggetto

Queste relazioni interne d'oggetto (compresa la relazione che il soggetto ha con se stesso) sono il prodotto di interazioni reali del passato, di identificazioni con le figure significative e della creatività della fantasia inconscia.

Al fine di portare allo scoperto queste relazioni d'oggetto ci sono alcune dimensioni che vanno considerate:

1. *In che modo il soggetto si relaziona agli altri e che tipo di relazione stringe con il terapeuta?*

- È sottomesso/dominante?
- Legittima i propri desideri e quelli altrui?
- Le forme di relazione sono stabili o subiscono costanti modifiche?
- Con quale identità incoscia il soggetto si relaziona con il terapeuta?
- Quali vesti sta facendo ricoprire al terapeuta?

È inoltre opportuno esaminare anche le sequenze di queste configurazioni, in particolare il passaggio da una all'altra.

2. *Come si relaziona il soggetto con se stesso?*

- Quando parla di sé, i termini che usa esprimono disprezzo o rabbia?
- Il suo desiderio e la relazione con il proprio desiderio sono caratterizzati da tolleranza o rifiuto?
- Quali caratteristiche hanno le dimensioni del Super-io del soggetto? Quali generi di punizioni si autoinfligge?
- Quale tipo di relazione ha con il proprio corpo? Che immagine corporea presenta? Rivolge al suo corpo atti di amore, aggressione o rifiuto?
- Come reagisce il soggetto ai propri stati affettivi?

Tornando invece alle relazioni d'oggetto che si attivano in ambito intersoggettivo dobbiamo sottolineare alcuni aspetti:

- Quali sono i conflitti narcisistici del paziente con gli altri?
- Quali tipi di angosce suscita il paziente negli altri? Angosce di abbandono? Persecutorie?
- Quali funzioni svolge il soggetto nei confronti dei suoi oggetti significativi?
- Qual è il livello di discriminazione tra sé e l'altro?
- Qual è la capacità empatica del soggetto?

IL SISTEMA NARCISISTICO INTERNO

Questo sistema determina il livello conscio e inconscio di soddisfazione/insoddisfazione verso se stessi, il grado di valorizzazione/svalorizzazione del proprio Sé.

È formato dalle seguenti componenti:

- Rappresentazioni valutative del Sé
- Sistema degli ideali normativi
- Sistema delle ambizioni dell'Io
- Coscienza critica

Rappresentazioni valutative del Sé

Sono caratterizzate dall'assoluta **disomogeneità**. Non solo nella medesima area troviamo rappresentazioni connotate valutativamente in modo contraddittorio ma le valutazioni possono variare da un'area all'altra.

Sistema degli ideali normativi

È costituito dai criteri in base ai quali il soggetto si rappresenta come **moralmente degno**.

Sistema delle ambizioni dell'Io

È costituito dai modelli concreti di grandiosità, le **figure idealizzate** con cui il soggetto aspira a identificarsi.

La coscienza critica

È il sistema che costantemente **reformula e ristruttura la valutazione** conscia e inconscia operando un confronto tra le rappresentazioni del soggetto e il sistema degli ideali e delle ambizioni.

L'assetto effettivo del sistema narcisistico non dipende esclusivamente dalle interazioni tra queste quattro variabili e le loro dimensioni interne, ma anche dalle **difese** mobilitate per riequilibrarlo.

È inoltre importante anche valutare il grado di **stabilità/instabilità** dell'equilibrio narcisistico. Se alcuni soggetti mantengono un determinato equilibrio narcisistico stabile, altri possono presentare variazioni continue o ribaltamenti completi.

RISORSE E DEFICIT DELL'IO

Il trattamento non si basa solamente sull'eliminazione dei fattori negativi, ma anche e soprattutto sull'uso e sullo **sviluppo delle risorse** della personalità del paziente.

È necessario, quindi, valutare:

- La capacità di introspezione e di **insight emozionale**
- La capacità di **differire/controllare la realizzazione di impulsi** e desideri
- Le **risorse strumentali dell'Io**: capacità cognitive, percettive, corporee e relazionali

PERTINENZA E RILEVANZA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO

In ragione della grande varietà di temi e di aree che possono essere esplorate nel contesto terapeutico, la domanda che deve orientare il trattamento deve essere:

L'area di intervento individuata è pertinente, è rilevante, è in articolazione con altre componenti importanti?

Pertinenza dell'area di intervento

L'intervento terapeutico deve essere coerente con gli obiettivi, con le esigenze di cambiamento di quegli aspetti del paziente che riteniamo debbano cambiare. L'intervento, quindi, non deve entrare in contraddizione con tali obiettivi.

Esempio

Una terapia mirata ad accrescere la libertà d'espressione emozionale è pertinente per persone con blocchi affettivi, mentre non lo è affatto per personalità istrioniche iperemotive.

Rilevanza dell'intervento

L'intervento deve occupare una posizione di rilievo rispetto agli obiettivi prefissati e rispetto alla vita mentale e interpersonale del paziente.

Esempio

Se un paziente ha vissuto di recente un evento traumatico, l'analisi di un aspetto del transfert non collegato a tale episodio, per quanto si riferisca a una dimensione della realtà del paziente, distoglie il lavoro da quello che è l'obiettivo prioritario.

Articolazione dell'intervento

Una condotta, fantasia o sottostruttura di personalità deve sempre essere pensata nella sua articolazione con altre componenti.

Esempio

Nel caso di un paziente depresso, insoddisfatto di sé, che per questo motivo aggredisce difensivamente gli altri, che in seguito a questa aggressione viene poi colto dalla paura di restare solo, paura che cercherà di superare adottando comportamenti manipolativi istrionici, il terapeuta dovrà lavorare su tutto il circuito descritto.

Un'altra distinzione importante è quella tra **patologia primaria** e **patologia restitutiva**.

La patologia restitutiva si configura come un tentativo di sottrarsi alla patologia primaria.

Il problema sorge quando il terapeuta si accontenta di lavorare su questi aspetti periferici senza affrontare la patologia primaria: sarà così indotto a sottolineare i suoi successi, senza accorgersi della presenza di aspetti più decisivi che rimangono invece intoccati.

Va infine sottolineato che tutti gli analisti privilegiano un fuoco di osservazione che, di conseguenza, influenza il loro intervento e l'andamento di tutto il processo analitico.

Sebbene la presenza di un focus sia una caratteristica primaria dell'intervento terapeutico ciò non significa che si possa trascurare l'importanza della libera associazione, o che una volta individuato il focus, questo non possa essere mobile.

L'importante quindi non è stabilire se l'analisi debba essere focale, ma che il focus sia pertinente, rilevante e sufficientemente mobile.

In alcuni casi, infatti, un ricorso eccessivo alla libera associazione e all'attenzione fluttuante può trasformarsi in modalità di resistenza sia del paziente che dell'analista, tramite cui possono evitare di essere coinvolti nello sforzo e nelle angosce a cui ogni analisi approfondita va incontro.

D'altro canto anche quando il paziente o l'analista si attengono rigorosamente ad un fuoco tematico, questa loro rigidità può indicare il fatto che l'oggetto da essi temuto ed evitato è costituito proprio dalla libera associazione e dall'attenzione fluttuante. Non è consentito, quindi, che la spontaneità dei pensieri e delle emozioni si sviluppi nei due soggetti coinvolti nel processo terapeutico.



Il Fattore T in Psicoanalisi

La tenerezza nel lavoro di Eugenio Gaburri e dei suoi colleghi©

Fausto Petrella

Eugenio Gaburri,
in memoriam

Lavoro presentato al convegno *Eugenio Gaburri. Tenere la rotta nel mare della psicoanalisi*

Primo presupposto di E. Gaburri:

saldo riferimento freudiano e quindi costante
dialogo con l'opera del fondatore alla ricerca
delle immense suggestioni che ne potevano
nascere.



Un esempio è lo sviluppo del concetto di sentimento oceanico che Gaburri ritrova nell'articolo *Un disturbo di memoria sull'Acropoli: lettera aperta a Romain Rolland* (1936).



Gaburri come pensatore che non amava schemi e discipline precostituite, che privilegiava un *atteggiamento pratico verso la realtà psichica*

Infatti come Conrad, scrittore che lo psicoanalista amava molto, voleva che la disciplina fosse un atto interiore e il risultato di una conquista.



Il pensiero come un atto aperto e libero anche nella sua necessaria frammentarietà.

Ne *Il compagno segreto* (1910), opera di Conrad che Gaburri amava particolarmente, si trova il tema della “figura del doppio”, che colpisce Gaburri specialmente per il difficile finale.

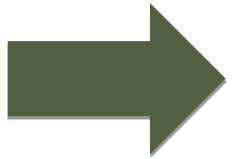
La difficoltà e l'interesse risultavano dallo snodo narrativo che rimandava all'evoluzione del giovane capitano protagonista del racconto che nel tempo acquista progressivamente autonomia e maestria e insieme può riuscire a separarsi dal viaggiatore clandestino, il suo "doppio" segreto:



-
1. Per il capitano è necessario avvicinarsi a terra per salvare il compagno segreto (che si deve lanciare in mare) e rischiare così di perdere la nave in quanto difficile da governare vicino alla riva.
 2. È infatti impossibile per il protagonista capire quale movimento far fare alla nave per evitare il disastro senza seguire l'indicazione fornita dal cappello bianco, caduto in mare dalla testa del compagno segreto.

3. Un cappello donato al capitano in segno di protezione e affetto, prima della loro separazione.

→ Così Conrad dà voce ai complicati momenti della vita, nei quali la salvezza individuale è affidata a una certa dose di caso e perspicacia, a una individuazione di sé precaria, ma anche a un atto di tenerezza e generosità grazie al quale sarà alla fine possibile salvarsi dal proprio personale naufragio.



L'atto del dono del cappello sancisce l'ingresso nella mente di Eugenio del *simbolo della protezione e della tenerezza*, della cura e dell'affetto che tutte le relazioni umane richiedono.

Il potenziale cognitivo, orientativo e salvifico di questa corrente di tenerezza entra così nel flusso teorico e clinico del pensiero di Gaburri, ed impregna anche i suoi lavori successivi.

Claudio Neri

La tenerezza e la
capacità di
relazione

Lavoro presentato alla *Giornata in memoria di Eugenio Gaburri*

Claudio Neri

Eugenio Gaburri sviluppa il concetto di *tenerezza* in modo diverso dalla concezione classica psicoanalitica, la quale lega questa nozione ai processi di sublimazione della sessualità.

Gaburri estende l'idea di *tenerezza* mettendola in relazione con la possibilità di “vedere l'altro”.



Vedere l'altro significa coglierlo non come oggetto ma come *soggetto* separato e distinto, portatore quindi di propri pensieri e sentimenti che possono anche essere diversi e distanti da quelli dell'altro.

Il primo dei nuovi significati rintracciati da Gaburri rimanda alla connessione tra
Tenerezza e Individuazione-Separazione



Questo legame ha due componenti:
una dolorosa e una festosa.



La componente *dolorosa* rimanda alla tenerezza come elemento che addolcisce la sofferenza legata alla perdita e al distacco da un oggetto d'amore e alla rinuncia narcisistica di un aspetto di noi stessi;

➡ La componente *festosa*, invece, riporta allo sguardo gioioso di chi osserva un altro nascere, crescere, separarsi e individuarsi non solo biologicamente ma anche psicologicamente.

“[...] L’elemento Tenerezza deriva dalla realizzazione della pre-concezione dell’individuazione separazione [...] che ci permette di nascere, crescere e morire. [...] È in questo senso che si può affermare che il sentimento di Tenerezza corrisponde alla percezione del limite”
(Gaburri, 2011)

Il secondo significato rimanda alla **Tenerezza**
come Legame.



Un legame che si stabilisce tra due persone,
una delle quali coglie un particolare aspetto
dell'altro e lo investe di tenerezza.

In questa particolare relazione l'altro percepisce questa corrente affettiva e vi risponde mutualmente: è un legame asimmetrico e reciproco, tuttavia privo di compiacimento narcisistico.

La Tenerezza è inoltre una **funzione**.



La sua assenza si
“*esprime come l’assenza di un autentico
legame affettivo, [...] di un vuoto
intransitabile che ostacola il reciproco
riconoscimento*”
con la costante presenza nella relazione di
artificiosità e sospettosità.

La tenerezza nel contesto analitico rimanda quindi a una particolare funzione psichica e
Capacità Relazionale dell'analista.



L'analista lasciandosi guidare dalle proprie libere associazioni e dai propri momenti di riflessione potrà entrare in contatto con i propri stati del Sé tenuti distanti e così addentrarsi in un rapporto autentico con il paziente.

L'analista quindi ristabilisce continuamente la relazione con il proprio paziente.



La possibilità di sostare nei propri Stati del Sé tenuti distanti permette conseguentemente al paziente di sollecitare i propri stati dissociati, fungendo da supporto nel recupero delle lacunose possibilità di pensiero.

La Capacità Relazionale Intrapsichica dell'analista permette infatti al paziente di svilupparne una propria, appoggiandosi sulla capacità di pensiero dell'analista stesso.



La trasmissione e l'acquisizione delle funzioni di pensiero richiedono tuttavia tempo e il succedersi dei momenti nei quali si riattualizzano i limiti e i conflitti.

La Capacità Relazionale dell'analista si dimostrerà altresì nella sua abilità di uscire dalla circolarità conflittuale che caratterizza il campo di analisi.



Interrompendo questa ripetitività potrà riappropriarsi del tempo storico della coppia in analisi nel quale il rapporto analitico non si ripeta uguale a se stesso.

Il lavoro di analisi si attua quindi in momenti nei quali si ricerca la relazione e momenti nei quali si elaborano conflitti e ostacoli.



Per uscire dalla ripetitiva circolarità è quindi necessario che l'analista sia accettante e sognante e parallelamente richiami il paziente al “venire al punto” del momento terapeutico.

Ronny Jaffè

**Il campo gruppale.
Eugenio Gaburri lungo il
filo dei suoi personaggi:
Conrad, Kurosawa,
Velasquez e altri ancora**

Lavoro presentato al convegno *Eugenio Gaburri. Tenere la rotta nel mare della psicoanalisi.*

Ronny Jaffè

Gaburri è inoltre un navigatore della mente che si dispiega all'interno del *campo gruppale*



Tramite questa esplorazione lo psicoanalista mette in luce la funzione analitica del campo gruppale, in relazione in particolare al disagio della **normo-patia**, dell'**identificazione a massa** e del pericolo del **conformismo**.

Rientra in questo articolato studio il tema del
disagio della contemporaneità:

→ *Il gruppo a funzione analitica permette di comprendere gli elementi che, ad ampio raggio, coniugano l'individuo, il gruppo, la massa.*

Riprendendo la prospettiva bioniana – molto cara a Gaburri – rilegge il significato del concetto di “non cosa”.



La non cosa comporta una qualità affettiva in quanto corrisponde all’ “esperienza di un legame che include [...] l’ombra dell’oggetto assente”

(Gaburri, 1998)

Esempio centrale è quello della madre, la quale nel rapporto con il bambino necessita di un luogo della mente che contenga uno spazio altro del legame con il padre contemporaneamente assente e presente nello spazio della relazione.

In questo senso si inserisce l'attenzione rivolta da Gaburri a **Conrad**.



1986: *Dal gemello immaginario al compagno segreto*, testo nel quale lo psicoanalista analizza il breve libro di Conrad *Il compagno segreto* (1910).

Il compagno segreto è per il capitano della nave il suo *doppio*, che chiama il capitano a una *doppia* funzione vitale:

→ Da una parte, essendo il capitano sempre rimasto legato come un estraneo alla sua ciurma, introietta il coraggio e l'intraprendenza potendo così tornare a giudicare la nave;

→ Dall'altra aiuta il compagno a fuggire tornando ad essere anch'egli un uomo libero.



Il doppio arricchisce quindi la vita mentale del capitano, consentendogli di integrare aspetti vitali inediti e di uscire dalla condizione di obnubilamento della mente.

Nell'introduzione del testo *Emozione e interpretazione* (1997) Gaburri riprende con entusiasmo e meraviglia il dipinto di **Velàzquez** *Las Meninas* (1695), esempio di innovazione nell'arte pittore alla corte di Re Filippo IV di Spagna.



Riproduzione parziale del dipinto *Las Meninas*, Velázquez (1695) ©

Nel dipinto troviamo al centro l'infanta di Spagna Margherita, con accanto due figure femminili. Ampliando il raggio di osservazione compaiono due Velàzquez: il pittore intento a dipingere la tela e la figura infondo alla porta, un certo maresciallo di nome Velàzquez. Nel mezzo tra i due, lo specchio riflette l'immagine della coppia reale.


Il ritratto quindi come autoritratto nel quale lo specchio che mostra ciò che sta oltre il perimetro del quadro.

Inoltre i due Velàzquez hanno diversi vortici di osservazione: uno osserva la coppia reale e l'altro che osserva il pittore che dipinge.

→ La coppia genitoriale, insieme alle altre figure di contorno, sembra così fuori dal campo ottico e al centro rimangono solo la bambina e il pittore



Emerge quindi una gruppaltà che ha sullo sfondo la genitorialità e una funzione super-egoica rappresentata dal maresciallo-doppio.

 L'immagine sembra suggerire un'analista intento nel campo analitico con il proprio paziente e che ha alle spalle il gruppo di propri colleghi e il supervisore.

*“L’ analista Velàzquez perdeva la sua
posizione di extra-territorialità (e i vari
soggetti) diventano i personaggi nei quali
potevano venire intessute narrazioni
dotate di senso, che alludeva alla
complessità degli eventi”*

Gaburri, 1997

La stessa ricerca di essere qualcosa
dentro una composizione
interessante ha condotto Gaburri
ad analizzare anche le
trasformazioni operate da Picasso
su Velàzquez.



Las Meninas, Picasso (1957) ©

Nel quadro di Picasso l'infanta è un personaggio tra i tanti: il nostro sguardo si perde alla ricerca del vertice di osservazione dal quale scegliere di guardare il quadro.



Ciascuno è qui libero di scegliere il proprio sulla base delle proprie emozioni ed esperienze, restituendoci il senso del nostro relativismo.

I vertici gruppali, individuali e familiari sono caratterizzati da legami che scompongono il ritratto e il campo emotivo.



La stessa possibilità di scelta si dà all'analista ogni volta che dentro il campo non si sottrae all'incontro con l'altro e con quello che di perturbante può attraversarlo.

-
- ✓ Ognuno può dunque cogliere peculiari aspetti delle sagome che compongono il quadro:
 - ✓ Questa è una delle più grandi eredità che Gaburri ci ha lasciato:
 - Non dare interpretazioni che colonizzino la mente, ma far funzionare le nostre menti in maniera autonoma e libera per divenire ed essere autenticamente psicoanalisti.

Marco Sarno

Degrado e
conformismo
nelle appartenenze
pericolose

Lavoro presentato al convegno *Eugenio Gaburri. Tenere la rotta nel mare della psicoanalisi.*

Marco Sarno

Nel lavoro sul *Pifferaio magico* (2007) Gaburri torna sul tema del disagio della civiltà mostrando come tale disagio sia tragica epidemia che usa l'opulenza e il denaro per contrastare l'angoscia primitiva – nella fiaba la morte dei bambini – allestendo protesi feticistiche che travolgono la scena relazionale più vasta.

Tale panorama tenta di negare e nascondere i propri guasti psichici; due dei quali sono:

- **Primo: la scomparsa del senso del limite**, della caducità: di fronte a questa frontiera si sfruttano i più svariati gadget al fine di coprire l'angosciosa consapevolezza della nostra caducità;
- **Secondo: il fallimento della capacità negativa**, della capacità di sostare nell'incertezza.

Questo secondo limite comporta per l'uomo un'ottusità indifferenziata, un non-pensiero che scatena le più gravi tragedie interpersonali e ambientali.



In Italia le sue manifestazioni sono la specificità della *questione morale* e il conseguente accumulo tossicomaniaco di denaro, di “*roba*”.

In questa indagine sull'attualità ritroviamo una delle principali lezioni lasciateci da Gaburri:

→ La psicoanalisi deve indagare lo spirito del suo tempo, deve poter allargare le sue attrezzature professionali al mondo e allestire adeguati setting di ricerca nello studio dei fenomeni scelti, rimanendo aperta al confronto con le altre scienze.

Antonino Ferro

Un ponte verso il futuro

Lavoro presentato alla *Gioranata in memoria di Eugenio Gaburri*.

Antonino Ferro

Un concetto fondamentale sul quale è possibile riflettere grazie al contributo di A. Ferro è **il concetto di campo.**



I Baranger hanno inaugurato l'idea di campo, un campo bi-personale, nel quale c'è la fantasia inconscia di analista e paziente che viene a formarsi e a formare ciò che dovrà essere risolto dall'interpretazione di *transfert*.

→ Grazie al lavoro di Corrao, Neri, Riolo e Gaburri troviamo una nuova concezione di campo:

esso consiste nel formarsi di una grande gruppaltà cui danno vita i funzionamento mentale di analista e paziente.

È dunque un campo in movimento in cui le varie persone che entrano in scena sono diversi personaggi che rappresentano diversi ruoli



Saper distinguere tra *personaggi* e *persone* è quindi importantissimo: il paziente nel campo di analisi non parla di persone, ma di personaggi che vivono e che prendono parte dentro il *setting*.

All'interno di un campo così pensato perdono quindi il loro valore le interpretazioni *tout court* e acquista consistenza il gioco delle trasformazioni che, all'interno della storia che il paziente narra, ciascun personaggio dimostrerà di compiere.

→ Il paziente così diventa colui che continuamente può indicare la direzione nella quale dirigere la nave del lavoro congiunto di analisi.

CENNI BIBLIOGRAFICI

- Gaburri, E. (1986). Dal gemello immaginario al compagno segreto. Rivista di psicoanalisi, 32(4), 509-520.
- Gaburri, E. (Ed.). (1997). Emozione e interpretazione: psicoanalisi del campo emotivo. Bollati Boringhieri.
- Gaburri, E. (1998). Il Campo gruppale e la “non cosa”. In Rugi G., Gaburri E., Campo gruppale, Roma, Borla.
- Gaburri, E. (2006). La promessa delirante e i pifferai magici. Psiche, 2, 13-29.
- Gaburri, E. (2011). Mito, passione, tenerezza. lavoro presentato al Centro Milanese di Psicoanalisi.