

**LA PSICOTERAPIA ANALITICA:
MODELLO DI RIFERIMENTO E METODOLOGIA**

NICOLA LALLI

... “E’ nella capacità di organizzare i dati dell’esperienza secondo schemi imposti da strutture teoriche, che si deve localizzare lo sforzo teorico della scienza”

R. Thom

“Dal momento che Kohut considera le teorie (ad ogni livello) principalmente come perfezionati strumenti di osservazione, egli ha ripetutamente espresso il punto di vista secondo cui possiamo usare ciascuno di questi strumenti di osservazione per migliorare e quindi anche raggiungere una accresciuta potenzialità analitico-terapeutica. Noi possiamo usare questi strumenti teorici solo nella misura in cui essi mantengono il loro potenziale esplicativi e qualora ciò dovesse cessare dobbiamo sentirci liberi di sostituirli”.

P. Ornstein

E' evidente che in psicoterapia i modelli di riferimento sia teorici che clinici cambiano, a volte radicalmente e bruscamente a volte e lentamente, ma sicuramente cambiano. Il problema che dobbiamo porci non è solo il come e il perché, ma soprattutto valutare se tale cambiamento accresce oppure no, la nostra capacità di comprendere – spiegare – trasformare. Il perché dei cambiamenti è facilmente evidenziabile: accumulo di nuove esperienze, necessità di affrontare problemi diversi e nuove patologie, ed infine le scoperte, che come in ogni campo del sapere, avvengono e debbono semplicemente essere riconosciute.

Solo la psicoanalisi ha opposto una strana quanto sospetta resistenza a questi cambiamenti ed ha continuato ad utilizzare una teoria ed una prassi anche quando ne era evidente la stereotipia. In questo caso quindi la domanda va posta in maniera diversa: perché la psicoanalisi non è cambiata? Per incapacità, per problemi di dipendenza o per quali motivi?

L'imperativo di ogni ricerca è innanzitutto la ricerca della verità a qualsiasi costo: anche se questo può mettere in crisi l'assetto personale o sociale. Afferma Kuhn "... ad un certo momento può accadere che vengano individuate delle anomalie nel rapporto fra teoria e fenomeni e da ciò dovrebbero conseguire mutamenti, ovverosia una *crisi*". Ma questa crisi epistemologica può essere ritardata o negata per vari motivi e Kuhn aggiunge "... molti scienziati hanno probabilmente abbandonata la scienza per la loro incapacità a tollerare una *crisi*".

E sicuramente Freud non seppe affrontare questa crisi, creando così un coacervo di teorie che erano già minate alla base fin dalla famosa conversione del 1897. L'inversione di rotta compiuta da Freud appunto nel 1897, segna sicuramente la fine di una ricerca appena iniziata.

La tesi che la rinuncia alla teoria della seduzione abbia portato alla scoperta del mondo interno, è una versione edulcorata, ma sostanzialmente falsa. Dobbiamo invece tener presente quali furono le conseguenze di quella famosa inversione di rotta (è un po' difficile definirla scoperta, poiché la scoperta è esattamente il contrario: non falsificare i dati di osservazione, ma anzi renderli più visibili e comprensibili). Dice Masson: "Ma una volta che Freud ebbe deciso che tali seduzioni non erano mai avvenute, che i genitori in realtà non avevano fatto nulla ai loro bambini, allora questi impulsi aggressivi presero il posto della seduzione, nella teoria di Freud. *Un atto venne sostituito da un impulso, un fatto da una fantasia*". (M. J. Masson – Assalto alla verità, pag. 107).

Sappiamo bene quali furono le conseguenze: la rimozione della realtà, l'ipertrofia dell'insight, la negazione del trauma psichico a favore del risorgere della teoria della costituzione, la teoria del narcisismo: teorizzazioni che hanno portato la prassi analitica sempre più verso una totale impotenza e paralisi.

Inizia la psicoanalisi, ma termina il lavoro di ricerca sulla psicoterapia. Bisogna riprendere questa ricerca per costituire quella psicoterapia analitica che rappresenta una teoria e una prassi che si differenzia dalla psicoanalisi.

Ciò constatato il quesito che si pone ora è capire come cambiano i modelli teorici, ma soprattutto quali sono le possibilità di verificarne la validità.

Vorrei brevemente indicare quattro punti che a me sembrano importanti ai fini di una possibile impostazione del problema.

a) La personale evoluzione: ognuno di noi si rende conto che nel tempo, per l'incidenza di fattori vari e diversi, tende ad aumentare le proprie capacità terapeutiche. Generalmente i motivi sono legati ad una maggiore esperienza, alla acquisizione di una più profonda

recettività, ma anche all'arricchimento derivante da nuove acquisizioni del modello teorico iniziale.

b) L'eventualità di una seconda analisi: sia che il paziente ritorni dal proprio analista, sia che ne scelga uno diverso. In questi casi è possibile rendersi conto del perché il primo procedimento terapeutico non è giunto a compimento e quali sono state le difficoltà o gli scotomi del terapeuta nella precedente terapia. Credo che a questo proposito sia interessante il lavoro di Kohut "La doppia analisi del Signor Z". Kohut sostiene che l'approfondimento teorico e la formulazione della teoria del Sé-oggetto, gli hanno fornito nella seconda analisi, la possibilità di comprendere e trasformare il paziente in modo molto più radicale che nella prima esperienza terapeutica. E' noto che intorno a questo lavoro c'è stato un intenso dibattito e che non tutti gli Autori sono d'accordo sul fatto che l'approfondimento teorico abbia permesso una maggiore capacità terapeutica.

c) L'approfondimento teorico: l'utilizzazione di nuove osservazioni o scoperte avvenute sia nel campo specifico che in campi diversi. L'importante è non chiudere gli occhi di fronte a queste innovazioni.

d) Infine la validità dei risultati: in effetti questo potrebbe essere uno dei criteri fondamentali. Ma la possibilità di evidenziare in maniera oggettiva la validità e la stabilità del cambiamento in psicoterapia è un compito complesso, e non ancora ben definito sul piano metodologico. Mi soffermerò pertanto su questo ultimo punto, perché apre a numerosi problemi.

Il primo è quello di dare una corretta definizione di cambiamento psichico. Questo, per essere tale deve essere *definito*, *definibile* (cioè prevedibile), *stabile*, *derivare dal processo terapeutico ed avvenire in tempi non lunghissimi*. Questa

· © N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

formulazione è necessaria perché noi sappiamo che ci possono essere cambiamenti spontanei (le cosiddette guarigioni spontanee).

Inoltre sappiamo anche che numerose forme di rapporto interpersonale possono indurre dei cambiamenti: bisogna saper distinguere questi, da quelli dovuti ad un processo terapeutico analitico.

Il problema del cambiamento è complesso perché non abbiamo precisi punti di riferimento. In effetti i due modelli utilizzati per via analogica, sono quello medico e quello pedagogico.

a) Il modello medico può essere applicato, ma con cautela; sia perché abbiamo almeno due modelli medici: quello tecnico e quello assistenziale, sia perché il modello medico ha un ben preciso punto di riferimento rispetto al problema cura-guarigione. E' la *restituito ad integrum* che non è applicabile alla psicoterapia.

b) Il modello pedagogico si rifà ad un modello di crescita-sviluppo, ma anche in questo caso è difficile poter stabilire fino a che punto è possibile il cambiamento e fin dove si possa e si debba andare avanti.

Quindi credo che uno dei compiti fondamentali della ricerca in psicoterapia sia quello di trovare in se stessa gli elementi per fondare un criterio valido ed un obiettivo giudizio sulla qualità e la quantità di un cambiamento psichico. Poiché sembra accertato che teorie e prassi diverse possono giovare allo stesso tipo di paziente, bisogna capirne le ragioni: spesso questo fenomeno è stato semplicisticamente spiegato come dovuto alla personalità del terapeuta (*il buon terapeuta*). Ma sicuramente una personalità, anche se valida, senza un metodo, rimane solo una buona personalità. Pertanto, il problema è più complesso. E per capire debbo partire dalla seguente ipotesi di base: che in molte prassi, cosiddette psicoterapeutiche, intervengono fattori di cambiamento che sono *aspecifici*. Debbo sottolineare che questi cambiamenti

© N. Lalli 1996

© N. Lalli 2002 (sito web)

sono spesso superficiali, di breve durata e soprattutto avvengono senza che l'agente abbia una precisa consapevolezza del come e del perché avvenga. Esaminiamo quali sono i fattori *aspecifici* della psicoterapia:

a) Il prendersi cura dell'altro che vuol dire prospettare al paziente una possibilità ed una speranza che funge da supporto emotivo.

b) Il prendersi cura vuol dire anche lenire la ferita narcisistica che ogni tipo di malattia (sia somatica che psichica) inevitabilmente comporta. Credo che molte persone abbiano una particolare sensibilità – capacità verso questa dinamica e credo che questa sia l'essenza del cosiddetto guaritore-ferito.

c) Un generico effetto suggestivo molto simile all'effetto placebo positivo (ma sappiamo che il placebo ha come contropartita la tachifilassi cioè la diminuzione del potere curativo del tempo, per cui bisogna mantenerlo con una dinamica di assistenza a vita).

d) Appartenere ad un mondo comune. E' evidente che bisogna avere una idea comune sulla malattia e sulla guarigione perché possa attivarsi una domanda di aiuto. Ma è anche evidente che la malattia (sia essa somatica o psichica) aliena il paziente dal mondo dei normali: l'accettazione di un processo di cura lo riavvicina al mondo dei normali o perlomeno diminuisce il senso di isolamento.

E questa appartenenza ad un mondo comune, dà un senso di stabilità che allevia l'insicurezza e la precarietà generata dalla malattia. Questo è uno dei motivi della frequente richiesta dell'analizzando al terapeuta "Lei di che scuola è?" che evidentemente non può fornire alcun elemento di conoscenza reale del terapeuta, ma solo rassicurare il paziente circa la possibilità di un mondo comune. Questi elementi variamente mescolati, possono indurre anche cambiamenti che sono quantitativi e non qualitativi, e

che rimangono iscritti all'interno di una dinamica di assistenza e non di cura.

Se la psicoterapia analitica è una relazione terapeutica che instaura una cura il cui fine è un cambiamento qualitativo e stabile della personalità, è evidente che non può rifarsi ai cosiddetti fattori specifici, ma deve possedere dei tratti specifici e peculiari che ci diano non solo la possibilità, ma anche le ragioni di quel processo di cambiamento psichico che definiamo *cura*.

MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

E' impossibile pensare ad un processo psicoterapeutico che avvenga in assenza di un modello teorico di riferimento: e questo modello teorico deve riguardare sia la normalità che la patologia. Ovverosia ci occorre un modello dello sviluppo psichico ed un modello della malattia.

A) *Modello di sviluppo psichico*

Il modello che esporrò presenta i seguenti punti qualificanti.

- a) E' un modello complementare, ovverosia postula la base pulsionale della vita psichica, ma propone anche la fondamentale importanza delle relazioni oggettuali.
- b) Il modello di sviluppo è considerato alla luce dell'*epigenesi*, ovverosia le pulsioni, o altre situazioni innate, sono innescate ed attivate da situazioni esterne. Questo vuol dire sottolineare l'importanza del contesto, nel senso che alcune "funzioni" sono attivate solo in presenza di sufficienti ed appropriati stimoli esterni.

E' noto che il bambino, se entro i primi tre mesi dalla nascita, viene messo in acqua, nuota. Trascorso questo periodo, il bambino "dimentica" questa sua capacità, e sarà costretto, faticosamente, a doverla apprendere.

c) Lo sviluppo è concettualizzato non come lineare, ma come procedente per crisi. Per crisi si intende: separazione da una situazione psichica precedente, che se continuasse diventerebbe anacronistica e quindi patologica, ed elaborazione creativa della separazione. Situazione possibile solo in una interazione positiva tra il soggetto e l'ambiente circostante.

d) Si postula che l'uomo è "naturalmente" portato al passaggio da una situazione di dipendenza, ad una di sempre maggiore autonomia. Non si ritiene quindi che il massimo dello sviluppo sia "una dipendenza matura" (Fairbairn): ma una situazione di "non dipendenza dall'oggetto", che lo porta a sviluppare, nel tempo, la capacità "alla solitudine"

Ritengo più utile usare il termine complementare, piuttosto che il termine misto o bifattoriale (come fanno J. R. Greenberg e S.A. Michell) perché presenta analogie con il modello complementare, in fisica, della luce: modello che ne accetta la natura corpuscolare ed ondulatoria.

Complementare vuol dire quindi accettare sia la teoria degli istinti, sia quella della relazioni oggettuali.

Poiché il concetto di istinto è quello più carico di ambiguità, dovrò soffermarmi più a lungo su questo problema.

A1) Istinto libidico. Istinto di morte

L'istinti libidico porta alla ricerca dell'oggetto e può esprimersi con due modalità. Sul piano fenomenico, queste due modalità, si differenziano per l'importanza che assume l'oggetto. Esiste una modalità che possiamo definire *anaclitica* (ovverosia di appoggio

all'oggetto) che va dall'attaccamento, al bisogno di rinforzo dell'autostima, ecc. e che esprime quindi una dipendenza dall'oggetto.

Ed una modalità che possiamo definire *diacritica* (ovverosia che non presenta una dipendenza dall'oggetto) e che si esprime come ideale dell'Io, come creatività, fantasia, in altre parole come investimento sessuale. Pertanto non c'è una fase di narcisismo, ma soltanto la capacità di distaccarsi dall'oggetto, la capacità di ritirare le proprie cariche libidiche.

Come questo avvenga è una domanda aperta: cioè se rappresenta una fase più matura dell'istinto libidico (ipotesi poco accettabile) o se invece interviene l'istinto di morte, con modalità diverse.

Per istinto di morte seguo la teorizzazione di Fagioli: ovverosia di un istinto che si esplica alla nascita e che si manifesta come fantasia di sparizione contro la realtà (aspetto distruttivo) o come fantasia di sparizione verso situazioni interne (aspetto creativo).

Capire in che modo interagiscono questi due istinti è un problema fondamentale, perché pone il problema della separazione. E' evidente che dobbiamo non solo chiederci cosa è che ci spinge verso l'oggetto, ma anche cosa ci permette la separazione. E credo che la complessità di questa domanda ha portato a postulare il principio della scarica che postula la separazione come inevitabile ed automatica, ogni qualvolta la scarica viene esaurita. Anche il concetto di narcisismo primario presenta una uguale genesi*. Con il che si viene a postulare che una capacità (la separazione), che si deve acquisire nel tempo, già esiste a monte e prima ancora di una

· © N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

* Il mito di Narciso va riletto, tenendo presente la dinamica di Eco. Eco è colei che non riesce a separarsi, il che è evidenziato dalla necessità di attaccare e "staccare" le parole dell'altro (il fenomeno dell'eco). Narciso, incapace di rapportarsi con questa dinamica, si rifugia nel narcisismo che è chiaramente secondario.

serie di relazioni oggettuali che possono portare a questa capacità. Ma proporre la separazione come automatica ed inevitabile, dopo il soddisfacimento del desiderio, vuol dire anche riproporre in maniera surrettizia un modello di scarica: modello meno meccanicistico, ma pur sempre di scarica.

Dobbiamo pertanto pensare che se esiste una pulsione che direziona verso l'oggetto, ci deve essere anche una pulsione che agisce in senso contrario: ovverosia che porti alla separazione. E' nella dialettica tra queste pulsioni e le reali relazioni oggettuali che dobbiamo trovare la genesi dello sviluppo psichico: sia normale che patologico. Quale è dunque allora il significato dell'oggetto e della relazione, nello sviluppo psichico?

Se l'oggetto servisse solamente a sviluppare potenzialità che sarebbero tutte innate nel bambino, l'oggetto sarebbe abbastanza squalificato e soprattutto non si spiegherebbe la complessità, la varietà della vita psichica e negheremmo un fattore fondamentale come l'apprendimento.

Se l'oggetto servisse invece a costruire – riempire (mediante le introiezioni e le identificazioni) il bambino, vorrebbe dire ridurre quest'ultimo ad un puro contenitore, negando quindi qualsiasi possibilità di cambiamento e di crescita reale.

Dobbiamo ritenere quindi che ci sia una dinamica più complessa che può essere compresa sulla base di una ipotesi che lega la nascita, la crisi, il cambiamento ed il trauma.

Necessità fondamentale per l'uomo è quella di mantenere l'integrità del proprio apparato psichico, ovverosia quella coesione originaria, che è l'Io originario.

Ma questa integrità non può essere una stasi perenne: la crisi, il cambiamento sono inevitabili (“la stasi è morte” G. F. Hegel). Ma se queste sono troppo traumatiche il bambino prima, e l'adulto poi metteranno in atto una serie di meccanismi difensivi che sono

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

collegabili con l'istinto di morte come tendenza che cerca di allontanare, far sparire, o controllare onnipotentemente l'oggetto frustrante. Dico difensivo perché il bambino cerca di salvaguardare salvaguardare l'integrità e quindi riequilibrare la situazione attuale che è stata turbata. Non parlerei di situazione precedente perché il bambino si trova in una crisi, ovvero una situazione a cavallo tra il ripristinare la situazione che è stata turbata o accettare l'avventura verso una nuova situazione.

E' chiaro quindi che la crisi può avere una doppia valenza: o maturativi o regressiva. Postulare l'evoluzione per crisi, significa evidenziare l'importanza dell'oggetto in genere, ma soprattutto nel momento della crisi, quando un adulto valido e gratificante deve aiutare il bambino a rinforzare le valenze libidiche, in modo da contrastare le tendenze che lo porterebbero a non tentare l'avventura, ma a rifugiarsi nelle comodità dell'acquisto. Ma se consideriamo che la crisi, come momento di passaggio – cambiamento, non è solo un fatto psichico, ma anche biologico, (nel senso di acquisizione di nuove capacità) ci rendiamo conto della inevitabilità della crisi e quindi dell'importanza fondamentale della gestione della stessa.

La prima crisi, per importanza e per cronologia è la nascita; a questa, ne seguiranno altre legate direttamente alla crescita ed alla evoluzione psicofisica del bambino (punto di vista epigenetico).

A2) La nascita e lo sviluppo psichico

Alla nascita e nei primi mesi di vita l'espressione istintuale trova il massimo della manifestazione: l'istinto libidico come attaccamento, l'istinto di morte come sparizione dell'oggetto frustrante.

Nel tempo, e man mano che l'Io evolve, questa situazione diventerà meno eclatante: cioè lo sviluppo normale comporta anche una funzione regolatrice dell'Io nei confronti delle pulsioni.

Con la nascita e con l'attivazione dell'istinto di morte, si costituisce l'Io e l'inizio della vita psichica.

Chiaramente la nascita deve essere intesa come una nuova situazione, che segue ad una precedente, che è quella della vita endouterina. Questa fase, per il feto, è caratterizzata da due situazioni fondamentali:

- a) C'è una dinamica di contatto che è mediato appunto prevalentemente dalla cute;
- b) Il feto vive una situazione di simbiosi, ove non è possibile distinguere un interno ed un esterno, un Io ed un non-Io. Sarà la nascita appunto che interrompendo questa situazione, attiva la possibilità e l'inizio di una vita psichica e di un Io.

Alla nascita l'Io è prevalentemente somatico, ovverosia la sua genesi è prevalentemente a livello tattile e cenestesico, come avveniva anche nella precedente situazione endouterina, con una differenza fondamentale. La cesura della nascita, imponendo la rottura dell'omeostasi e quindi l'inevitabile "vissuto" del non essere più in simbiosi, il bambino diventa una unità separata e divisa, che deve lottare per mantenere questa nuova situazione. Nuova situazione che ha alcuni aspetti in comune come quella precedente: la culla e le braccia dell'A.S., segnalano queste diversità, ma anche questa continuità, nel cambiamento. La fantasia di sparizione contro la nuova realtà: la luce, ed il recupero del ricordo della precedente esperienza endouterina, fanno sì che si costituisca la "sensazione" di un contenitore. Questo contenitore rappresenta l'abbozzo dell'apparato psichico, ovverosia

dell'apparato che contiene i nuovi vissuti. Ma questa sensazione interna di un contenitore è estremamente fragile, pronta a lacerarsi, come spesso si infiamma la pelle del bambino.

Perciò questa immagine – sensazione interna, deve trovare supporto e fortificarsi sulla base delle successive esperienze tattili: la pelle, che già nel liquido amniotico ha rappresentato il principale mezzo di comunicazione e di osmosi, anche dopo la nascita, continua ad essere luogo privilegiato che focalizza le attenzioni e le cure degli adulti nei confronti del bambino. In questo modo, il fragile Io si consolida, sempre che ci sia una dinamica oggettuale valida, che deve passare attraverso le comunicazioni, le emozioni e gli affetti che la pelle raccoglie e trasmette al bambino. Così l'Io fondamentalmente somatico, tende a strutturarsi come Io-pelle. Ovverosia una struttura che è sempre più psichica, ma che ha ancora nel somatico la sua base.

Se le modalità di rapporto interpersonale sono valide, lo scambio continuo, osmotico tra l'Io e l'esterno rendono sempre più questo Io-pelle, un Io libidico, ovverosia un Io capace di investimento sessuale ed ove la “pelle” si è trasformata in una duplice qualità psichica: la recettività e la resistenza.

A3) Il concetto di crisi. La formazione del carattere

Ma per giungere a questa situazione il bambino deve attraversare una serie di crisi – prevalentemente concentrate nei primi anni di vita – ovverosia di situazioni ove viene messa in discussione la struttura e la modalità relazionale di quel momento, per una situazione maturativa e più evoluta.

Queste crisi sono tappe fondamentali innescate anche dalla maturazione biologica del bambino: ovverosia l'acquisizione di nuove potenzialità e capacità, rende anacronistiche quelle precedenti.

Le tappe di sviluppo fondamentali, dopo quella della nascita, sono:

- a) Riconoscimento dell'oggetto come unico: ovverosia il passaggio da un rapporto parziale ad un totale. E' in questa fase che compare l'angoscia per la perdita dell'oggetto.
- b) Lo svezzamento. Questa fase corrisponde non tanto ad un fatto materiale, quanto piuttosto al passaggio da una fase di totale dipendenza ad una più autonoma, che è favorita anche dalla maggiore capacità espressiva verbale (acquisizione del linguaggio).
- c) La fase esplorativa: ovverosia la capacità di movimento (deambulazione) del bambino che gli permette di allontanarsi attivamente dall'oggetto, ma di poterne individuare la presenza, attraverso il richiamo verbale e l'ascolto.
- d) La conoscenza del diverso: ovverosia la scoperta di un essere fisicamente e psichicamente diverso il che comporta l'uscita definitiva da una fase basata esclusivamente sul riconoscimento dell'uguale.
- e) L'incontro con l'esterno: cioè con una realtà non familiare, e l'accettazione di un mondo diverso da quello familiare. E' la situazione tipica del periodo dell'asilo.
- f) La pubertà, ovverosia la successiva modificazione fisica e l'accettazione di una identità anche sessuale.

Dobbiamo considerare le crisi comunque non come un momento puntiforme, ma come una fase che può essere più o meno

lunga: comunque sono fasi ove (come l'etimologia indica) ci deve essere una scelta, tra la sicurezza della situazione attuale e l'avventura verso una situazione nuova e quindi sconosciuta.

Con la pubertà si costituisce la completezza della struttura psichica, che peraltro continuerà, normalmente, ad evolvere.

Questi sinteticamente, i nodi fondamentali dello sviluppo, nodi che definiamo crisi

Le crisi rappresentano momenti decisivi perché implicano una scelta, sulla quale influiranno vari fattori:

- a) La situazione complessiva di sviluppo psichico: le crisi quindi non sono collegate a particolari e parziali zone erogene, ma alla interna organizzazione psichica del bambino;
- b) L'acquisizione di nuove capacità, collegate alla maturazione biologica del bambino.
- c) L'importanza e significatività dell'A.S. sulla possibilità o meno di affrontare e superare le crisi. Per esempio l'insorgenza di specifiche e non risolte conflittualità dell'A.S., possono paralizzare l'evoluzione del bambino.

Come esempio paradigmatico potrei riportare l'esperienza dell'asilo come primo momento di socializzazione e di distacco dall'ambiente familiare. Se l'ansia del bambino di allontanarsi da un ambiente protettivo, si unisce alle angosce di abbandono dell'A.S., l'insieme può rendere al bambino difficile o impossibile superare la crisi.

Quindi la crisi, va concettualizzata come momento ove convergono le dinamiche relazionali e i precedenti stadi di sviluppo del bambino.

E per i primi anni è evidente l'importanza dell'A.S., sull'evoluzione.

Infatti se la dinamica di rapporto da parte dell'A.S. è intrisa di ostilità, indifferenza, in una parola di non gratificazione delle

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

esigenze e del desiderio, il bambino inevitabilmente va incontro ad una delusione, che se ripetuta nel tempo, genera un affetto di rabbia.

Ma la rabbia non può essere vissuta troppo a lungo perché penosa e pericolosa per l'equilibrio del bambino. Pertanto il bambino è costretto ad operare una scissione ed una rimozione. Questi sono i principali e primari meccanismi difensivi che comportano, come vedremo, la trasformazione della rabbia in bramosia. La rabbia è un affetto caratterizzato da una immediatezza e da una partecipazione totale del bambino; ma proprio per questo, temibile, perché non gestibile, se non in termini di distruttività dell'oggetto. Il bambino deve quindi scindere questa situazione unitaria, ma fragile dell'io-pelle. Si costituisce così una situazione molto precisa: L'io-pelle tende ad irrigidirsi e diventa la corazza caratteriale, l'inconscio originario tende a diventare meno "osmotico" e meno accessibile, mentre sulla base delle scissioni e rimozioni si costituisce l'inconscio rimosso. Ovverosia la scissione ha portato inevitabilmente alla rimozione dell'affetto rabbia, che quindi continua ad agire come bramosia. Il bambino fantastica così da introiettare l'oggetto frustrante, per poterlo controllare.

Sottolineo ancora una volta che è l'oggetto frustrante che comporta l'introiezione: un oggetto gratificante non ha bisogno di essere introiettato. Ma l'introiezione comporta l'angoscia del danneggiamento e della perdita dell'oggetto: si comprende quindi, perché in questa situazione, ogni separazione è vissuta come abbandono – morte. Inoltre la ripetitività di questa dinamica con la formazione di oggetti interni e non invece di ricordi e fantasie, comporta un aumento dell'inconscio rimosso.

Ma accanto alla rabbia, può emergere anche l'odio; anche in questo caso l'affetto, ritenuto troppo lesivo, si trasforma in una

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

dinamica più complessa che è l'invidia che si esplicita attraverso il meccanismo della negazione. Ed è sulla base della negazione che saranno poi possibile le proiezioni, ovverosia il mettere sull'altro, parte delle proprie identificazioni, operate attraverso l'introiezione.

Quindi come si vede le due dinamiche: bramosia e invidia sono strettamente collegate, ed ambedue concorrono sia ad alterare il rapporto con la realtà, sia alla formazione della corazza caratteriale.

In questa situazione si forma una ulteriore struttura, con funzioni bloccanti e punitive, che è il Super-Io.

La formazione del Super-Io deriva dall'introiezione di dinamiche punitive, più che normative, provenienti dall'ambiente culturale e mediate dai genitori o da altre figure significative*.

Il Super-Io si differenzia nettamente dall'Io ideale, perché non ha funzioni evolutive, ma punitive e colpevolizzanti, aumentando quindi una già presente tendenza alla rigidità ed al blocco.

Si arriva così alla formazione di un contenitore rigido, che è la trasformazione patologica dell'Io-pelle. Contenitore che ha duplice funzione: quella di impedire una ulteriore recettività e quella di contenere gli oggetti interni.

Quindi l'evoluzione patologica comporta una formazione che definiamo "corazza caratteriale", espressione stabile di una conflittualità: ma questa patologia può ulteriormente peggiorare fino al prodursi di una rottura di questa corazza che comporta la patologia schizofrenica, intesa come perdita del sentimento dell'Io e dei confini dell'Io.

Ma accanto a questa evoluzione patologica, esiste una evoluzione normale che si attua mediante il superamento delle crisi, ed una evoluzione complessiva dell'Io originario, che si esprime

· © N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

* Mantengo la dizione di Super-Io, solo per una più facile comprensione. In effetti il Super-Io è l'insieme delle introiezioni, e le introiezioni sono oggetti interni derivanti da situazioni relazionali frustranti. Quindi il Super-Io non è una struttura unitaria, bensì un insieme di oggetti interni.

come sensazione di coerenza e di integrità. Non c'è un Super-Io, ma un Ideale dell'Io costituito dalle aspirazioni e dagli ideali; non c'è un inconscio rimosso, ma un inconscio che esprime la potenzialità; non c'è una corazza caratteriale, ma una resistenza. Possiamo definire questa come una situazione di carattere normale.

La successiva evoluzione porta ad una ulteriore capacità: l'accettare la solitudine, non come necessità, o incapacità di rapporto, ma come possibilità

Quindi per carattere, che va distinto in normale e patologico, intendo una stabilità della struttura psichica, che non è però rigidità o fissità.

Il carattere esprime la complessità dell'apparato psichico nella sua relativa, momentanea stabilità, e si manifesta fundamentalmente nelle modalità di conoscenza e di rapporto con la realtà.

MODELLO DEL DISTURBO PSICHICO

Se esaminiamo la lunga storia circa la concezione della malattia e della cura, possiamo osservare che in genere il modello teorico deriva quasi sempre da una prassi, più o meno complessa, che genera *successivamente* un modello esplicativo.

La cosa più sorprendente è l'estrema varietà di teorie e di prassi collegate alla soluzione di questo problema fondamentale per l'uomo: la cura e la guarigione della malattia (sia essa psichica che fisica). Possiamo sintetizzare questa varietà di prassi in alcuni filoni principali che in maggioranza derivano da un basilare modello medico: infatti l'unico modello che se ne discosta

· © N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

completamente è quello che attribuisce la malattia ad una colpa o ad un peccato.

Esaminiamoli rapidamente:

- a) Il disturbo è causato da un qualcosa in più che può essere o estraneo (teoria demonologia) o invece essere prodotto in eccesso dallo stesso organismo (modello psicobiologico di alcuni disturbi mentali)
- b) Il disturbo è causato da un deficit: che può essere o la perdita della spirito (concezione sciamanica) o un deficit di un neuromediatore (modello psicobiologico di alcuni disturbi mentali).
- c) Il disturbo è causato da un disfunzionamento dell'apparato psichico: il che comporta ovviamente la formulazione di una teoria che postuli l'apparato psichico, quindi qualcosa di diverso dal *mentale* inteso come puro prodotto del S.N.C. (vedi Lalli 1991). E' evidente che possono esistere diverse formulazioni dell'apparato psichico con conseguenti prassi diverse.
- d) Il disturbo è causato da un blocco dello sviluppo psichico: si collega al modello precedente del quale accentua maggiormente il carattere difettale più che conflittuale del disturbo.
- e) Il disturbo è collegato ad una patologia dell'inconscio. Quest'ultima formulazione legata alla teoria di M. Fagioli comporta ovviamente una proposizione dell'inconscio molto diversa da quella classica.

Questa complessità può essere ricondotta, se vista nell'ottica dell'evoluzione, a due filoni fondamentali.

Uno statico, ripetitivo che evidentemente non coglie nulla dall'esperienza e quindi ripropone non una evoluzione ma un modello sacrale. L'altro dinamico che tiene conto della continua

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

interazione tra teoria ed osservazione dei risultati e che comporta inevitabilmente un cambiamento ed una evoluzione del modello di riferimento.

E' evidente altresì la validità euristica del secondo modello rispetto al primo che seppur conteneva un nucleo di verità – validità, con il tempo tende alla stereotipia e quindi a perdere qualsiasi validità euristica.

Attualmente nel campo più strettamente analitico la comprensione del disturbo psichico si avvale di due modelli: uno conflittuale, l'altro difettuale.

Secondo molti AA. questi modelli si riferiscono a due diverse patologie: quello conflittuale o paradigmatica delle psiconevrosi, quello difettuale invece del vasto e mal definito campo delle personalità borderline.

Personalmente ritengo che questi due modelli si integrano a vicenda e riguardano piuttosto due modalità diverse di osservazione che possono essere integrate, come nel modello complementare esposto in precedenza. E' pensabile che una situazione difettuale, ovverosia una struttura psichica instabile e fragile ed ove predominano situazioni pulsionali negative con una carenza di sistemi operativi ed affettivi adeguati, porti più facilmente a strutturare meccanismi difensivi. Mi sembra pertanto parziale e riduttivo opporre il conflittuale al difettuale: è il nostro punto di vista che ci può portare ad esaminare con più attenzione o le modalità relazionali attuali e quindi a vedere maggiormente il conflitto, o cosa è successo nella fase di sviluppo e quindi vedere maggiormente la difettualità.

In concreto poi questo duplice aspetto si salda nella modalità relazionale del transfert, ove la maggiore attenzione all'uno o

all'altro aspetto, può essere dovuto a motivazioni strettamente cliniche.

Inoltre sia la difettualità che la conflittualità si evidenziano come resistenza all'analisi, ovvero sia tendenza al mantenimento di una stabilità della struttura psichica, anche se antieconomica e fonte di sofferenza per il paziente. Ed è questa tendenza che rende così difficile a lungo il processo di cambiamento. Comunque bisogna tener presente che conflittuale o difettuale il disturbo psichico deve essere sempre letto alla luce del fallimento, più o meno completo, delle situazioni relazionali precoci. In questo senso il concetto di trauma psichico è fondamentale e non può essere riconducibile solo a situazioni di sadismo o di seduzione.

Il modello epigenetico dello sviluppo, rende evidente che ci può essere un trauma psichico anche per assenza, o per insufficiente presenza dell'A.S., soprattutto nei momenti cruciali delle crisi di sviluppo.

IL MODELLO OPERATIVO

Il processo psicoterapico è costituito da due fasi fondamentali: il prendersi cura ed il curare. Questi due momenti non possono essere scissi o ipertrofizzati uno a scapito dell'altro: che porterebbe rispettivamente il prendersi cura all'assistenza, il curare ad una situazione asettica e totalmente razionale.

Queste due modalità debbono invece essere strettamente integrate, soprattutto in quella lunga fase dell'analisi che definiamo più propriamente terapeutica e che coincide con il superamento del transfert negativo (N. Lalli, 1993).

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

A) Il prendersi cura: l'empatia

Ma cos'è l'empatia? Ed è utilizzabile nel contesto della psicoterapia? Diciamo subito che il concetto di empatia è stato formulato correttamente nell'ambito della psicologia evolutiva. Nella psicologia evolutiva *l'empatia viene considerata come una forte ed universale predisposizione biologica all'accudimento* perché permette al bambino l'interiorizzazione delle esperienze relazionali "... che strutturano il nucleo delle rappresentazioni di sé e degli altri" (R. Emde).

Ma perché questo si verifichi, è necessario che ci sia *non solo un clima di intimità (ovverosia una atmosfera di coinvolgimento, fiducia e disponibilità emotiva) ma anche condizioni che rendano possibili nuovi scambi ed esplorazioni*. Ma soprattutto la madre deve predisporre per lui il tipo di ambiente necessario perché egli si senta sicuro e spinto verso un più elevato livello di sviluppo, in "*modo sufficiente e non eccessivo*" (R. Emde).

L'empatia quindi permette, in un clima di sicurezza, l'interiorizzazione (non l'identificazione) delle esperienze relazionali.

Secondo molti autori "Le identificazioni transitorie che hanno luogo nell'ambito empatico richiedono un momentaneo senso di unicità con l'altro, seguito da un senso di separatezza, necessario perché possa essere d'aiuto" (R. Emde)*.

© N. Lalli 1996

© N. Lalli 2002 (sito web)

* Mi sembra necessario sottolineare come i concetti di interiorizzazione e di identificazione vengono da quasi tutti gli autori usati come equivalenti. In effetti c'è una sostanziale differenza tra interiorizzazione che comporta la sollecitazione della qualità dell'altro, ed identificazione che significa una introiezione di parti negative dell'altro. Ma è opportuno sottolineare l'importanza che questi autori danno al concetto di rapporto inteso come capacità di scambio, ma anche di separazione.

Questa dinamica rapporto – separazione è, come ho sottolineato nel modello di sviluppo psichico, una operazione fondamentale per un sano sviluppo.

L'empatia dà luogo, nel processo analitico, a quattro fondamentali operazioni:

- a) Rende possibile la costituzione della cosiddetta base di sicurezza.
- b) Rende possibile uno spazio aperto alla creatività del rapporto.
- c) Attiva la capacità di comprensione – recettività degli aspetti profondi ed inconsci del paziente.
- d) Permette di intuire le potenzialità del paziente e rende possibile al terapeuta fare fantasie positive sul paziente.

Cercherò, anche se brevemente di illustrare le modalità di queste quattro fondamentali operazioni.

- a) L'atteggiamento empatico del terapeuta deve percorrere l'intero arco della terapia. Ma è fondamentale soprattutto nella prima fase che io definisco fase della costituzione di *una base di sicurezza*. Questa base di sicurezza deve fornire al paziente quel clima rassicurante che gli permette di far emergere la propria ambivalenza e quindi anche il transfert negativo, momento necessario ed inevitabile. Ritengo che molto spesso la mancata costituzione di questa fase, inibendo l'emergenza dell'ambivalenza, crea quella che alcuni autori definiscono alleanza terapeutica, ma che in effetti è semplicemente la gestione di un transfert necessariamente ed esclusivamente positivo. E' evidente che l'empatia è strettamente connessa con una manifestazione affettiva che è la disponibilità e che essa prepara il terreno per l'azione terapeutica.

“Possiamo dire che la disponibilità emotiva del terapeuta implica non solo tolleranza, ma un incoraggiamento a

sperimentare l'incertezza ad un certo grado di ansia, come esperienza interattiva condivisa allo scopo di incoraggiare l'esplorazione e la possibilità di nuovi orientamenti" (R. Emde, 1990).

Comunque per comprendere meglio il concetto di disponibilità ci si può riferire all'osservazione del bambino in particolari situazioni sperimentali. Quando questi è posto in una situazione esplorativa che presenta dei pericoli o delle incertezze (per es. il visual cliff) si è notato che egli fissa la madre. Se vi coglie segni di paura o di rabbia il bambino cessa l'esplorazione e si ritira: se scorge segni di rassicurazione, continua nell'esplorazione (Klennert, 1985).

“Ma non è necessaria una disponibilità totale, è opportuna invece una disponibilità, unita ad una capacità ad accettare e far accettare le separazioni. Questi momenti ricordano eventi paradossali emersi dai nostri studi sui bambini, in cui le madri sembrano segnalare una loro non disponibilità emotiva, come parte del loro essere disponibile emotivamente in un più ampio contesto.

Ciò si verifica per esempio se la madre che è molto impegnata in qualcosa come leggere, preparare il cibo, rispondere al telefono, segnala la propria indisponibilità al bambino con cenni espressivi (o con la direzione dello sguardo). Se la relazione è positiva il bambino comprende questi segnali e continua la sua esplorazione con il gioco o con altre attività. E' come se la madre dicesse: “Sarò disponibile tra poco”, oppure “sarò disponibile se veramente hai bisogno di me”. Noi consideriamo questo atteggiamento non come *indisponibilità emotiva*, ma come un differente livello di disponibilità emozionale” (R. Emde, 1990). E' quella che Winnicott descriveva nel 1958 come “essere solo

in presenza dell'altro" corrispondente a momenti ove il paziente rivive importanti esperienze affettive ed emotive, ed ove il silenzio del terapeuta, diventa una presenza silenziosa, ma rassicurante. Ben diverso dal terapeuta silenzioso per principio e da quello logorroico per problemi personali: in ambedue i casi, pur se c'è una notevole differenza, poiché uno gestisce l'assenza l'altro l'intrusività, l'effetto negativo sulla terapia è pressoché uguale.

- b) Numerosi autori hanno sottolineato inoltre come l'empatia abbia a che fare con un atteggiamento di creatività e di gioco. "Non solo essa incoraggia l'esplorazione in presenza di affetti negativi e di ciò che è penoso, ma spinge anche a valorizzare le potenzialità di sorpresa e di altri affetti positivi" (R. Emde).

Rothenberg ritiene che la creatività si manifesta oltre che nello specifico dell'interpretazione anche nell'uso del paradosso, della metafora ed a volte in un senso di calda ironia.

Come l'artista, il terapeuta – dice Rothenberg – ama anche il "materiale" "...sia esso il problematico racconto di un sogno, una manifestazione di resistenza o un formazione sintomatica. Ma egli soprattutto ama il processo evolutivo del paziente".

"La comunicazione empatica, può essere vista come un atto creativo all'interno della relazione terapeutica; essa condensa una molteplicità di significati, implica un esercizio di tatto... essa significa anche un incoraggiamento ad esprimere affetto" (R. Emde). In un precedente lavoro ho sostenuto che esistono singolari analogie per quanto concerne la creatività, tra il processo psicoterapeutico e lo

sciamanismo, (Lalli, 1990). E' evidente che tutto questo richiede da parte del terapeuta una estrema sensibilità ed una equilibrata regolazione affettiva. R.R. Greenson sostiene che il terapeuta deve essere in grado sia di sentirsi coinvolto sia di mantenersi distaccato, segnalando il rischio sia di una inibizione dell'empatia (timore di essere coinvolto), sia di un eccessivo coinvolgimento che porta ad una situazione che io ho definito come controidentificazione proiettiva del terapeuta. Ovverosia il terapeuta agisce specularmente le dinamiche inconsce del paziente, anziché capirle ed interpretarle. (Lalli, 1990).

Ma una funzione fondamentale dell'empatia è quella di cogliere gli aspetti più profondi del paziente. In questo senso penso che si possa accettare pienamente quanto affermato da Beres ed Arlow (1974) "... una misura della capacità empatica dell'analista consiste nel venire stimolato dalla fantasia inconscia del paziente, quando ancora l'analista non è consapevole né dell'esistenza né della natura della fantasia inconscia del paziente”

- c) Infine bisogna considerare la possibilità oltre che di cogliere gli aspetti inconsci del paziente, anche di sapere cogliere le potenzialità dello stesso.

Il bambino cresce e si sviluppa anche nella misura in cui i genitori riescono ad individuare le sue potenzialità ed a fare fantasie positive sul suo futuro: in fondo la tristezza dell'orfano è proprio quella di non avere nessuno che pensi e fantastichi sulle sue possibilità e sul suo futuro. Allo stesso modo il terapeuta deve saper scoprire i tratti potenzialmente positivi del paziente ed avere fantasie positive sulle sue possibilità di sviluppo.

B) Il curare: l'interpretazione e l'integrazione

B 1) L'interpretazione

L'interpretazione su di un piano epistemologico si situa a metà strada tra una spiegazione causale, tipica delle scienze naturali, ed una comprensione dei significati, che è tipica delle scienze umane.

Questa proposizione epistemologica, spiega la presenza di due atteggiamenti diversi riguardo al significato ed alla validità dell'interpretazione. Da una parte quelli che considerano l'interpretazione come un dato scientifico, inoppugnabile ma asettico; dall'altra quelli che ritengono l'interpretazione come un atto creativo dell'analista, che nasce all'interno della situazione di transfert – controtransfert e la cui scientificità o validità non è dimostrabile. In effetti se l'interpretazione viene data con criteri precisi, come vedremo oltre, possiamo affermare che essa ha uno statuto scientifico, o perlomeno di verità o verificabilità. L'aspetto creativo dell'analista permane, ma attiene non tanto al contenuto, quanto piuttosto alla forma ed alla modalità espressiva, che costituiscono lo stile dell'analista. Per comprendere il processo dell'interpretazione, dobbiamo tener conto delle modalità con le quali si forma il conflitto o comunque il processo di rimozione. Un conflitto si costituisce sulla base di una triade: pulsione (o desiderio rimosso), difesa, ansia. Questi tre elementi, più o meno sconosciuti al paziente, danno luogo al comportamento, ai sogni ed ai sintomi del paziente.

Accanto a questa triade (impulso, difesa, ansia), bisogna considerare anche un'altra triade, che è costituita da tre diversi tipi di persone, con le quali il paziente ha avuto o ha a che fare e che definiamo triangolo di relazione:

· © N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

- a) Situazioni attuali, ovvero le persone significative attuali per il paziente.
- b) Situazioni passate, ovvero persone significative del passato, che sono in genere i familiari.
- c) Situazioni di transfert, cioè il rapporto del paziente con l'analista.

Quindi se la triade: impulso, difesa, ansia, esprime il conflitto in termini intrapsichici ed il triangolo di relazione lo esprime in termini relazionali, al terapeuta resta un compito che può essere ben definito e che consiste:

- a) Nel chiarire la natura dell'impulso e della difesa e nell'esplicitare le ansie più profonde.
- b) Portare questa chiarificazione nei riguardi del presente, del passato e del transfert.
- c) Fare un collegamento tra queste due aree: quella intrapsichica e quella relazionale.

In questi termini, non solo sono definiti con chiarezza gli elementi dell'interpretazione, ma anche che questa può essere validata proprio attraverso la conferma in queste due aree.

Una interpretazione così complessa è piuttosto infrequente; in genere l'interpretazione procede per fasi parziali, nel senso che non sempre è possibile collegare le due aree e le varie componenti tra di loro. Quando ad una serie di interpretazioni parziali, che hanno però la funzione di aprire la strada verso un insight, segue una interpretazione totalizzante, abbiamo quella che viene definita da Strachey "interpretazione mutativa". Come in una situazione di Gestalt, il paziente riesce improvvisamente a dare un senso nuovo e più profondo ad avvenimenti fino ad allora giudicati insignificanti.

Inoltre le interpretazioni devono essere date al momento giusto; se date con troppo anticipo rispetto alla capacità del

paziente sono interpretazioni premature, che in genere, nonostante siano esatte, non sortiscono un effetto terapeutico.

Le interpretazioni possono essere suddivise in interpretazioni di contenuto, di transfert, delle difese, del desiderio, dirette, mutative

1) *Interpretazione di contenuto*: riguarda fundamentalmente gli impulsi e le fantasie inconsce, senza considerare le difese che le hanno mantenute inconsce. Questa modalità interpretative è la più frequente con i sogni.

2) *Interpretazione di transfert*: è una delle modalità interpretative fondamentali perché collega fantasie, comportamenti, emozioni del paziente con il presente, nella situazione di rapporto con il terapeuta. Possiamo dire che molte interpretazioni mutative, tali cioè da comportare una reale presa di coscienza da parte del paziente, sono interpretazioni di transfert. Inoltre molto spesso le interpretazioni di transfert coinvolgono contemporaneamente anche le difese. Infatti, come vedremo, se non è corretto considerare ogni manifestazione di transfert come una difesa, alcuni aspetti del transfert certamente sono difese. Come un transfert troppo passivo o idealizzante, un transfert molto ostile, o l'erotizzazione del transfert, cioè il tentativo di coinvolgere l'analista se non sul piano del comportamento, perlomeno sul piano di fantasie erotiche.

3) *Interpretazione delle difese*: con quella di transfert, costituisce l'interpretazione più importante. Sul piano strettamente intrapsichico, queste interpretazioni si rivolgono ai processi di annullamento, di negazione, di rimozione e di proiezione del paziente, dinamiche che comportano una distorsione della conoscenza e del rapporto con la realtà. A volte queste difese sono attuate attraverso un uso scorretto della psicoterapia: il paziente tende a scindere completamente il lavoro terapeutico dalla sua vita,

e quindi viverlo come una situazione astratta. Oppure il lavoro terapeutico viene vissuto in maniera totalizzante, come una sorta di sostituto della vita. In questi casi l'interpretazione è possibile solo se c'è una continua presenza del terapeuta, che non permette l'instaurarsi di queste difese.

4) *Interpretazione del desiderio*. Può sembrare che il lavoro psicoterapico è volto esclusivamente ad interpretare gli aspetti negativi e difensivi del paziente. In effetti, anche se questo costituisce una parte fondamentale e preliminare del lavoro, nello svolgimento emerge molto rapidamente la situazione di desiderio che va riconosciuto ed interpretato. Interpretato vuol dire capirne le qualità soprattutto in relazione alla bramosia: è chiaro che quanto più un desiderio è intriso di bramosia tanto meno è valido. Ma bisogna anche considerare la validità complessiva dell'Io: un vissuto di desiderio presuppone una discreta validità dell'Io. Ed infine va proposta la possibilità del superamento del desiderio, verso la fase più matura di investimento sessuale.

5) *Interpretazione diretta*. Si basa su di un immediata comprensione controtransferale dell'inconscio del paziente e del linguaggio simbolico: è sicuramente la modalità che richiede maggiore abilità. In questo caso, le parole del paziente vengono trasformate dal terapeuta in proprie immagini interne, e sulla base di queste, oltre che della storia del paziente, il terapeuta può comprendere il significato profondo della comunicazione del paziente. Le interpretazioni dirette in genere sono anche mutative.

B 2) L'integrazione

Sicuramente uno degli scopi fondamentali del processo terapeutico non è quello di far ricordare il passato, "...ma quello di realizzare un affrancamento dalla ripetizione di dolorosi processi

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

autodistruttivi del passato, mediante la risoluzione dei conflitti” (R. Emde). Questo porta ad un processo di *integrazione* tra presente e passato, superando quindi i processi di scissione e di rimozione. Erikson nel 1950 affermava che scopo di una psicoterapia è quello di aiutare il paziente a costruire la propria biografia.

Beres ed Arlow ritengono che obiettivo del lavoro analitico è quello di rendere il paziente capace di sviluppare una empatia per il proprio passato ed acquisire così un senso di integrazione e di continuità. Credo che si possa essere d'accordo su questa affermazione, ma il problema che si pone è come avviene questa integrazione, che rapporto c'è tra il ricordo e le figure reali del passato e soprattutto cosa avviene. E' una trasformazione del ricordo o è una nuova dinamica che sostituisce una dinamica del passato? E soprattutto quale è lo strumento operativo specifico che porta all'integrazione?

Possiamo cominciare con l'affermare che lo strumento operativo è l'interpretazione.

Molti autori segnalano che l'interpretazione stimola un più elevato livello di integrazione. Credo che si possa condividere quanto afferma H. Loewald “L'analisi viene compresa come un intervento orientato a mettere in moto lo sviluppo dell'Io... non semplicemente attraverso le capacità tecniche dell'analista, ma attraverso il fatto che il paziente si rende disponibile per lo sviluppo di una nuova “relazione oggettuale”. In accordo con questa affermazione R. Emde sostiene che: “Determinate strutture motivazionali, precocemente presenti, risultano caratterizzate da una *forte predisposizione biologica*, necessaria per lo sviluppo, e persistono nel corso di tutta la vita. Sviluppandosi nel contesto specifico della relazione tra il bambino e chi lo accudisce, queste strutture possono essere considerate come modalità fondamentali di sviluppo. In quanto tali, esse possono essere utilizzate per mezzo

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

dell'empatia, così da costituire l'elemento costitutivo della azione terapeutica con gli adulti". Queste spinte motivazionali di base consistono in *esplorazione, auto - regolazione, adattamento sociale, controllo affettivo*.

Se queste motivazioni di base sono vissute in un clima positivo e rassicurante portano allo sviluppo di importanti processi psichici antecedenti il terzo anno di vita. Il primo è il consolidamento del nucleo affettivo del Sé. Il secondo è rappresentato dallo sviluppo del senso di reciprocità, di accettazione di regole (anche di tipo morale) e di empatia. Infine si sviluppa un processo di condivisione che porta alla costruzione, dopo lo sviluppo dell'Io, di un senso del *noi*. Pertanto la psicopatologia viene considerata come una patologia di questo normale processo evolutivo. La spinta evolutiva può essere bloccata o andare "fuori binario". L'azione terapeutica significa rompere questo blocco o dare un nuovo senso attraverso una speciale esperienza emotiva basata sulla condivisione dell'esperienza mediante l'empatia". (R. Emde)

Credo che queste affermazioni siano ampiamente condivisibili: ma ritengo questa formulazione necessaria, ma non sufficiente per dare una idea della complessità del processo terapeutico, soprattutto per quanto riguarda il problema della trasformazione.

Una fase importante del processo trasformativi in psicoterapia consiste nel processo di integrazione del passato. Ma questa integrazione non avviene certamente mediante il ricordo o la ricostruzione degli avvenimenti del passato.

Il passato per essere integrato deve essere trasformato. Ma cosa deve essere trasformato? Non certamente il semplice ricordo, anche perché è impossibile verificare, *storicamente*, la corrispondenza tra realtà del passato e ricordo del paziente.

© N. Lalli 1996
© N. Lalli 2002 (sito web)

Quindi va trasformato non il ricordo, ma gli affetti e le dinamiche negative connesse al ricordo: e questo avviene mediante il processo di transfert e l'interpretazione.

Comunque il riferimento al passato, il riportare dinamiche di transfert a situazioni del passato non deve essere sottovalutato. Ho l'impressione che come reazione ad un modello operativo che poneva l'imperativo del ricordo infantile, c'è stata una reazione opposta che ha portato ad una mistica del qui ed ora.

Per concludere se cerchiamo di analizzare e sintetizzare il processo di trasformazione penso che possiamo enucleare tre fattori che ne permettono, nella loro continua interazione, l'attuazione del cambiamento e quindi la cura.

a) L'empatia che permette al terapeuta sia di intuire le dinamiche inconscie del paziente, sia di mantenere quel clima di sicurezza che rende possibile al paziente l'emergenza di passate dinamiche, dei ricordi e soprattutto degli affetti connessi al passato ed al presente.

b) L'integrazione come processo di superamento delle scissioni e delle rimozioni e come possibilità di ricostruire, anche se con nuovi vissuti relazionali, il proprio passato in ordine al presente ed al futuro.

c) L'interpretazione che è certamente lo strumento fondamentale ma che ha bisogno di una teoria coerente e soprattutto che si dispieghi all'interno di una situazione di empatia come fondamentale dinamica di rapporto.

BIBLIOGRAFIA

1. ARLOW J.A., BRENNER CH.: La struttura della psiche nella concezione psicoanalitica (1964); Boringhieri, Torino, 1978.
2. BARTOCCI G., LALLI N.: Psicoterapia e cultura: l'esperienza italiana; Relazione Simposio di Psichiatria Transculturale, Budapest, 1991, in Rivista Europea di Psichiatria, vol. IV, n. 2, 1992.
3. BASCH M.F.: Emphatic understanding: a review of the concepì and some theoretical considerations, J. Am. Psychoanal. Asn. 31, 1983, pag. 101/126.
4. BERES D. E AROLW J.A.: Fantasy and identification in empathy, Psychoanal., Q., 43, 1974, pag. 26/50.
5. BLUM H.P.: The curative and creative aspects of insight, J. Amer. Psychoanal., 27, 1979, pag. 41/69.
6. EMDE R.N.: Changin models of infancy and the nature of early development: remodelling the foundation, J. Amer. Psychoanal., 29, 1981, pag. 179/219.
7. EMDE R.N.: Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy. Int. J. Psychoanal. 69, 1988, pag. 23/42.
8. EMDE R.N.: mobilizing fundamental models of development : emphatic availability and therapeutic action; J. Amer. Psychoanal. 38, 1990, pag. 881/913.
9. ERIKSON E.H.: Infanzia e società (1963), Armando, Roma, 1966.
- 10.FAGIOLI M.: Istinto di morte e conoscenza (1972), Nuove Edizioni Romane, 7[^] ed., 1991.
- 11.FRIEDMAN L. (1978): Trends in the psychoanalytic theory of treatment; Psychoanal., Q., 47, 1978, pag. 524/567.
- 12.GITELSON M.: The curative factors in psycho-analysis. I. The first phase of psycho analysis, Int. J. Psychoanal. 43, 1962, pag. 194/204.
- 13.GREENBERG J.R., MITCHELL S.A. (1983): le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica; Il Mulino, Bologna, 10986.
- 14.GREENSON R.R.: Empathy and its vicissitudes; Int. J. Psychoanal., 41, 1960, pag. 418/424.

15. GREENSON R.R. (19712): *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1974.
16. KLINNERT M.D., CAMPOS J., SORCE J.F., EMDE R.N. E SVEJDA M.J.: *Social rencing: emotional expressions an behavior regulators*; In: *Emotion: Theory research and Experience*, vol. 2: *Emotions in Early Development* (ed. R. Plutchik & H. Kellerman). Orlando, Fla., Academic Press, 1983, pag. 57/86.
17. KOHUT H. (1985): *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio, Roma, 1986.
18. KOHUT H. (1977): *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino, 1980.
19. KOHUT. H. (1979): *La doppia analisi del Signor Z*, Astrolabio, Roma, 1989.
20. LALLI N.: *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia (con particolare riferimento ai capitoli: "La relazione terapeutica", "Il disturbo psicosomatico", "La psicoterapia analitica")*, Liguori, Napoli, 1999.
21. LALLI N.: *Le separazioni nel corso della psicoterapia analitica*. Riv. Europea di Psichiatria, anno II, n. 2, 1990.
22. LALLI N.: *L'evento psicosomatico: un problema aperto*. Psicobiattivo, anno IX, n.1, 1989.
23. LALLI N.: *La relazione terapeutica*. Psicobiattivo, anno X, n. 1, 1999.
24. LALLI N.: *Per un modello teorico-clinico dello sviluppo psichico*. Attualità in Psicologia, vol. VI, n. 3, 1991.
25. LALLI N.: *Alcune considerazioni sul processo terapeutico*. Atti Seminari Didattici, 1993.
26. LOEWALD H.W.: *Reflections on the psychoanalytic process and the therapeutic potential*; In: *Papers on psychoanalysis*. New haven, Yale Univ. Press. 1980, pag. 372/383.
27. MASSON J. (1990): *L'analisi finale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
28. ORNSTEIN P.: *Il Sé bipolare sul processo analitico*. Gli argomenti, n. 17, giugno 1983.
29. ROTHENBERG A.: *The creative Process of Psychotherapy*. New York, Norton, 1987.

- 30.SANDLER J.: La ricerca in psicoanalisi, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1981.
- 31.SCHAFFER R.: Aspetti dell'interiorizzazione (1968) A. Armando, Roma, 1972.
- 32.SHAPIRO T.: Empathy a critical reevaluation. Psychoanal. Inq., 1: 1981, pag. 423/448.
- 33.SORCE J.F., EMDE R.N., CAMPOS J., KLINNERT M.D. : Maternal emotional signaling : its effect on the visual cliff behavior of one-year olds. Develop. Psychol., 21, 1985, pag. 337/341.
- 34.STOROLOW R.D., ATWOOD G., LACHMANN F.: Transference and counter-transference in the analysis of development arrests; Bull. Menninger clin., 45, 1981, pag. 20/28.
- 35.THOM R.: Parabole e catastrofi. Il Saggiatore, Milano, 1980.
- 36.WINNICOTT D.W. (1971): Gioco e realtà. A. Armando, Roma, 1974.