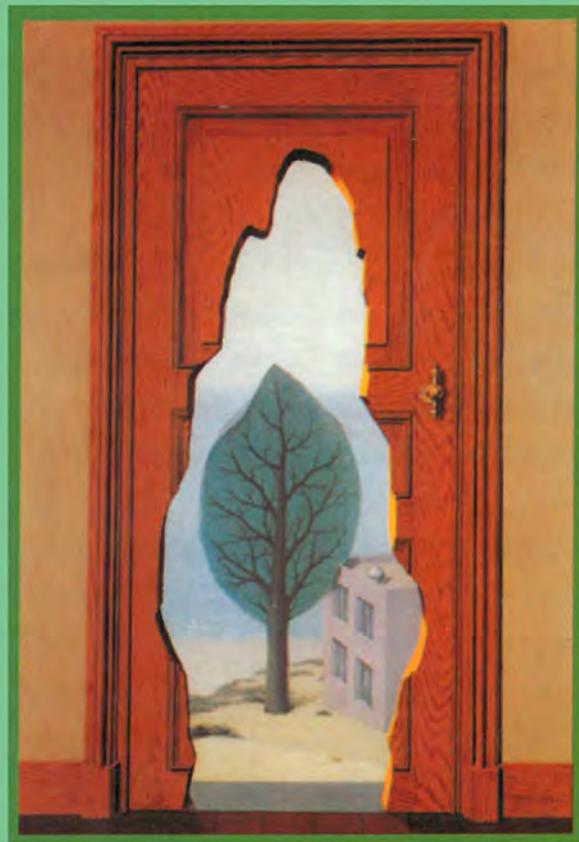


Psicoterapia Psicoanalitica



ANNO IV - NUMERO 1 - GENNAIO 1997

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

ANNO IV - NUMERO 1

GENNAIO 1997

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Finito di scampare nel dicembre 1996

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Rivista semestrale edita dalla S.I.P.P.

“Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica”

Direttore

GUGLIELMO CAPOGROSSI GUARNA

Redattore capo

PIA DE SILVESTRIS

Redazione

A. DE ROSA, P. DE SILVESTRIS, P. DI BENEDETTO,
M. GINO, M.L. MASCAGNI, M. MOSCA, G. P. SASSO,
G. STARACE, A. VALENTE, M. VIGORELLI

Direzione, redazione e amministrazione

Viale Bruna Buozzi, 105-00197 Roma-Tel. e Fax 32.31.107

Abbonamento annuale 1997 L. 60.000, Estero L. 70.000

Studenti universitari L. 30.000

Un numero L. 30.000, Estero L. 35.000

Progetto grafico

GEPPY SFERRA (Anterem)

Composizione, impaginazione, stampa

“ANTEREM SNC”

SOMMARIO

RICERCHE

LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA “ONCE A WEEK”. ASPETTI TEORICO-CLINICI

8 Introduzione

M.G.

12 Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

MARYSA GINO

26 Alcune questioni relative ai primi colloqui e alla tecnica

ELVIRA NICOLINI

36 Il formarsi dell'immagine del paziente nella mente dell'analista

LUCIA SCHIAPPOLI

SEMINARI

50 Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

PAOLO DI BENEDETTO

68 Relazione, gelosia, e invidia

ORAZIO COSTANTINO

80 Due modalità di simbiosi psicotica

ISTITUZIONI

- 118 Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari**
SIMONETTA ADAMO, ANTONIO DE ROSA, PAOLA GIUSTI, FLAVIA PORTANOVA, CRISTINA
RICCIARDI, SARANDIS THANOPULOS, PAOLO VALERIO, FULVIO VORIA

LETTURE

Paolo Migone

- 138 Terapia Psicoanalitica. Seminari**
(Angela Peduto)

Arnaldo Novelletto (a cura di)

- 143 Adolescenza e trauma**
(Maria Lucia Mascagni)

John Steiner

- 146 Rifugi della mente**
(Giampaolo Sasso)

JANINE PUGET, RENÉ KAËS, MARCELO N. VIGNAR, LLA RICON, JULIA BRAUN DE DUNAYE-
VICH, MARIA LUCIA PALENTO, SILVIA AMATI, MAREN ULRIKSEN, VIGNAR, VICENTE A. GALLI

- 151 Violenza ai stato e psicoanalisi**
(Maria Mosca)

SCHEDE

DANIEL N. STERN

- 155 La costellazione materna (M.L.M.)**

RICERCHE

GRUPPO DI STUDIO

La psicoterapia psicoanalitica once-a-week. Aspetti teorico-clinici

M.G.

Introduzione

In occasione del 1° Congresso Nazionale della Sezione Italiana della E.RP.P. (*European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy*) che si è svolto a Roma nei giorni 27-28-29 gennaio 1995 sul tema “Dalla richiesta di aiuto alla psicoterapia psicoanalitica tra pubblico e privato”, ero stata sollecitata dalla Sezione Italiana E.RP.P. a presentare una relazione per un workshop sul trattamento di pazienti ad una seduta settimanale, con il preciso scopo di stimolare un dibattito su questo argomento.

La mia relazione (dal titolo “Il paziente once-a-week”) era impostata sui numerosi quesiti tecnici e teorici proposti dall’argomento e sulle riflessioni cui mi aveva indotto la mia esperienza personale.

Avevo anche sottolineato quanto fosse scarsa la letteratura psicoanalitica su questo tema, forse anche a causa della tendenza a identificare la psicoanalisi più con l’ortodossia delle regole che con i suoi fondamenti concettuali. La letteratura che troviamo, anche copiosa, è invece quella che ha coinvolto la ricerca sull’obiettivo della brevità o della focalizzazione nei trattamenti (come Malan, Sifneos, Davanloo, ecc.) che non rientra e non è di ausilio rispetto al tema di questa ricerca.

La discussione che si è avviata nel workshop, relativa a trattamenti con setting di una seduta settimanale, è stata vivace e ricca di possibilità di sviluppo ed ha suggerito a molti partecipanti l’idea di proseguire la ricerca, organizzando ulteriori occasioni di incontro.

Abbiamo così lavorato con interesse ed armonia dialettica: ciò ha consentito di suscitare un ampio prospetto di quesiti ed ipotesi tutt’ora completamente aperti, stimolati anche dai numerosi esempi clinici riferiti nel gruppo*.

conduzione del trattamento con pazienti diversi nella patologia ed inseriti in una realtà socio-culturale altra, rispetto a quella nella quale è nata la psicoanalisi.

Ci siamo riferiti allo studio del campo dinamico che si determina nella costituzione della coppia analitica (Baranger, M., Baranger, W. 1961), gli studi sulla psicoanalisi del setting psicoanalitico (Bleger 1967), al concetto di vicinanza-distanza (Bouvet 1958), agli approfondimenti interrelazionali dell'identificazione proiettiva (Ogden 1991).

Abbiamo dedicato molta attenzione alle molteplici componenti che costituiscono il setting interno dell'analista, di essenziale importanza nei trattamenti con setting formale modificato.

I motivi per stabilire un setting formalmente modificato rispetto al setting classico psicoanalitico, sono risultati i più vari: da situazioni di realtà obiettiva (per es. difficoltà economiche o di residenza) a quelle dovute a gravità della patologia - come per es. propone O. Kernberg (1975) per i pazienti borderline - alla strategia terapeutica suggerita all'analista dalla particolare organizzazione della personalità del paziente, in funzione sia della costituzione della coppia terapeutica che della formazione di una possibile alleanza.

I motivi che suggeriscono l'opportunità di un setting formale modificato risultano dunque diversissimi e difficilmente omologabili e classificabili.

Di fondamentale importanza è la chiara consapevolezza dell'analista circa le funzioni tanto intrapsichiche quanto interrelazionali di ogni componente del setting. Per componenti del setting si intendono sia quelle formali che costituiscono la cornice, sia l'atteggiamento mentale psicoanalitico che include l'astinenza (in quanto strumento di conduzione della terapia) e la personalità dell'analista con le sue conoscenze teorico-cliniche.

Il setting ed il processo che vi si svolge costituiscono una struttura dove ciascun elemento acquista significato soltanto in relazione con l'altro.

La capacità di comprensione psicoanalitica della interrelazione processuale di questi molteplici elementi costituisce il setting interno all'analista.

Questa fondamentale premessa ha prodotto un ampliamento del tema della ricerca ed ha posto in primo piano il concetto di cura come diverso da quello di analizzabilità. Considerato sotto questo aspetto il setting formale diviene un elemento di modulazione e di mediazione anche concreta che si

Richiede inoltre la capacità di conoscere le proprie risorse ed i propri limiti sollecitati da questo incontro tra due 'persone', per non inoltrarsi inconsapevolmente nel campo di una fallace onnipotenza.

Come il processo di cura si '*costruisce*' insieme, così anche la cornice entro la quale consentire e promuovere il verificarsi di questo processo, spesso è opportuno che sia '*costruita*' insieme.

È pur vero che il paziente 'non sa', ma l'analista non può proporre il proprio setting formale in modo perentorio senza che si agitino e si possano frapporre alle possibilità di cura fantasmi interni già presenti fin dal primo incontro.

I pazienti vivono in una realtà che ha demitizzato il medico nelle sue funzioni curanti, ha demitizzato l'autorità nella sua funzione di guida assoluta e ciò fa ormai parte della loro '*persona*' e dovrebbe far parte anche della nostra nel momento in cui ci proponiamo come interlocutori curanti.

Se il confronto avviene soprattutto nel mondo interno, bisogna tener conto che esso avrà a che fare con una autorità ben più arcaica, indistinta e pericolosa, tanto più con pazienti che presentano gravi patologie della dipendenza.

L'attenzione del gruppo si è così orientata dal tema formale del setting ad una seduta settimanale, a quello più profondo e coinvolgente dell'adeguamento dello strumento psicoanalitico e della tecnica alle esigenze della personalità del paziente ed alle determinanti inconse della coppia paziente-analista.

La prima osservazione emersa, sulla base dei numerosi esempi clinici riferiti nel gruppo, è stata che alcuni pazienti hanno uno '*specifico modo di presentarsi*' che incide in svariati modi anche sulla personalità dell'analista. Il campo inconscio attivato fin dal primo incontro, può far vivere all'analista intense emozioni e sensazioni anche corporee, mentre il paziente '*parla solo con parole*'.

Perciò la decisione contrattuale relativa al setting è sembrata a volte trascendere anche eventuali richieste esplicitate dal paziente e considerazioni diagnostiche dell'analista. Come se fosse riconducibile piuttosto ad una indicazione del '*campo*' che si era attivato tra i due.

Ci siamo resi conto che l'analista, per raggiungere la libertà interiore nella scelta contrattuale e nella conduzione del trattamento, è opportuno che ripensi la psicoanalisi dall'interno del proprio es-

Ci è sembrato che tali rapporti terapeutici avessero bisogno di fasi non-processuali, durante le quali l'analista potesse costruire dentro di sé il paziente e fornirgli uno spazio ove trovarsi. Un paziente vivo nel mondo interno dell'analista anche durante i giorni della sua assenza.

Ci siamo posti anche il quesito dell'importanza, in alcuni casi, dell'area sensoriale come aspetto fondamentale che aiuta a organizzare ponti interni che by-passano l'intellettualizzazione, attivamente costruita come difesa che continuamente si ripropone opponendosi all'integrazione.

Il setting *vis-à-vis* favorisce questo contatto con l'area sensoriale e indirettamente contribuisce alla modificazione dell'oggetto interno immobile ed immutabile, causa e prodotto della scissione. Solo in tempi successivi sarà possibile la verbalizzazione che può denominare gli affetti ed aiutare il paziente nel costruire un senso storico.

In questi trattamenti l'interpretazione non si presenta come lo strumento psicoanalitico privilegiato, in quanto contiene per il paziente contenuti simbolici e valenze superegoiche intollerabili, spesso patologiche. La funzione terapeutica viene svolta da comunicazioni discorsive, che contengono soltanto le premesse per futuri significati interpretativi, e soprattutto dal mondo interno dell'analista-setting che promuove e facilita la strutturazione del paziente in quanto funge a sua volta da struttura.

Perciò piuttosto che di una processualità terapeutica è emerso il concetto più pertinente di processualità del legame.

Si è notato che in alcuni casi questa modalità di conduzione della terapia è quella che consente il progredire dell'integrazione fino a raggiungere la possibilità di insight psicoanalitico.

I lavori clinici che seguono sono soltanto alcuni accenni di un discorso del tutto aperto a futuri sviluppi.

Questi temi, vivi ed attuali, sono quesiti aperti alla ricerca che confidiamo susciti l'interesse ed il dibattito necessari all'evoluzione della teoria e della tecnica psicoanalitica in connessione con una pratica clinica contemporanea sempre più frequente.

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico.

Marisa Gino

Prima di incontrare un nuovo paziente avverto sempre uno stato di sottile tensione. Che avventura mi proporrà il percorso con questa ‘persona’ ancora sconosciuta?

La tensione si trasforma, nel corso dell’incontro, nei sentimenti dinamizzati dalla situazione viva, cui il mio stato precedente ha dato una possibilità di amplificazione. Questa predisposizione, che manifesta uno stato psichico umano di preparazione all’ignoto, rende più significativi gli stati d’animo che poi si presentano.

Sono sensazioni e sentimenti ‘guida’, che orienteranno il successivo accordo con il paziente sia nei suoi aspetti formali (orari, numero delle sedute settimanali, onorario), sia in quelli più personali, come l’atteggiamento, il tono della voce, la mimica.

La funzione ‘guida’ a di questi stati d’animo è tanto più indicativa, quanto più essi sono intensi ed a volte trasmigranti nel corpo: emozioni violente e sproporzionate alla situazione, oppure sensazioni e malesseri fisici o addirittura, come mi è capitato una volta, una lieve dispercezione circa l’essere fisico del paziente: mi era sembrato che avesse una mano ed un braccio lievemente più piccoli, come se fosse affetto da leggera focomelia; con il tempo ho capito che avevo colto così i suoi aspetti non evoluti e, nel suo caso, decisamente psicotici. Come si può inquadrare teoricamente questo fenomeno?

Direi che il concetto psicoanalitico più pertinente sia quello della identificazione proiettiva, e mi riferisco alla concettualizzazione che ne fa Ogden (1991) focalizzando il livello clinico-fenomenologico dell’esperienza psicologica interpersonale.

Certamente in situazioni così intense sono sollecitata ad un lavoro su me stessa per rendermi

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

Del resto il problema diagnostico ne discende: proprio dall'intensità e violenza della diffusione delle parti del Sé deriva la comunicazione dello stato attuale della 'persona che ho di fronte. Posso pensare ad un paziente impossibilitato alla individuazione infantile ed alla soggettivazione adolescenziale con difese fissate a livelli primitivi. Gli aspetti affettivi scissi e "non evoluti" significano una relazione d'oggetto prevalentemente narcisistica con bisogni "anaclitici" e grave patologia della dipendenza. Se il pensiero non ha svolto la funzione di attività simbolica, la sua comunicazione usa solo il concreto e la realtà per esprimere il mondo fantasmatico ed affettivo.

Per avvicinare questo paziente e renderlo accessibile alla terapia psicoanalitica mi oriento sulla linea proposta da Rycroft (1962) quando scrive: "Lo scopo fondamentale del trattamento psicoanalitico non è di rendere conscio l'inconscio, né di estendere o rafforzare l'Io, ma di ristabilire il nesso tra funzioni dissociate della psiche".

Può anche fornire una immagine chiarificatrice la precisazione di O. Kernberg (1975) sull'Io dei pazienti ascrivibili all'ampia fascia delle 'sindromi marginali': "Un aspetto della debolezza dell'Io nei pazienti con un'organizzazione della personalità caso al limite si manifesta nella 'inferiore organizzazione difensiva dell'Io, comprendente il meccanismo di scissione o altre difese connesse, contrariamente all'organizzazione difensiva dell'Io nelle nevrosi, incentrata sul meccanismo 'superiore' della rimozione e altre difese connesse".

Se immediata e intensa è la situazione nella quale mi sento coinvolta, emerge nel mio pensiero la riflessione sulla valutazione dell'aspetto economico della organizzazione di personalità che mi trovo di fronte. Quante cariche energetiche del paziente sono assorbite dagli aspetti bloccati nell'evoluzione? Ove sono intrappolati gli aspetti vitali sommersi? Di quali e quante dissociazioni con identificazioni inconciliabili è portatore?

Nello stesso tempo mi abbandono all'ascolto, mi lascio attraversare dalle comunicazioni del paziente, dal ritmo e dalle immagini che mi evocano. Questo mio 'essere fluttuante' nel campo che si è creato con il nuovo paziente nella dinamica dell'incontro, è determinante nella scelta del setting. Cercando di essere il più possibile libera dai preconcetti dei modelli psicoanalitici, in una comunicazione inconscio-inconscio, posso cercare insieme al paziente la cornice e lo spazio che diviene poi il luogo ove accogliere e lasciare che si organizzino tutte le parti, i frammenti, le relazioni oggettuali

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

getto analitico. La pesante identificazione proiettiva mi renderebbe concretamente una parte del suo Sé, fusionale e troppo eccitante, e ciò a scapito della possibilità del mantenimento di un funzionamento dell'Io per lo meno quale si presenta al momento della consultazione.

Mi sembra importante accantonare il presupposto della “analizzabilità” per lasciare invece spazio e ascolto alla “accessibilità” del paziente e focalizzare l'attenzione sulla qualità della dinamica attuale nella dialettica intersoggettiva.

Cerco di proporre un setting che sia il più possibile condiviso: alla giusta distanza, che consentirà al paziente di sentirsi sufficientemente al sicuro rispetto alle proiezioni delle relazioni dei propri oggetti interni e che perciò non lo costringa a mettere in atto i suoi estremi meccanismi di difesa. Nello stesso tempo un setting che accolga ed offra uno spazio alla collocazione della speranza, che deve pur esserci se è venuto a chiedere aiuto, e che gli consenta di non sentirsi più solo nel vuoto e nel malessere che sta provando. In questo modo il setting stesso diviene un fattore di mediazione nelle scissioni e dissociazioni del paziente: si pone come ad un crocevia per consentire l'avviarsi di un processo di cura (Bouvet 1958).

Per fare questo è naturalmente opportuno partire da un punto di vista diverso da quello che ha informato di sé la teoria psicoanalitica del trattamento delle nevrosi, che indicava nella induzione di una regressione analitica e nella sua risoluzione con lo strumento dell'interpretazione il procedimento tecnico per eccellenza. Quando i meccanismi di difesa basilari per il paziente sono soltanto quelli primitivi, quando non si tratta di far riemergere il rimosso, ma è necessario consentire una coesione ed una armonia di qualità primaria al Sé, allora forse la regressione non è da ricercare, essa è già un “fatto attuale” e per avviare una possibilità nuova, è opportuno fornire al paziente una comprensione della sua dialettica “attuale” (Etchegoyen 1979) sia con l'analista che con la realtà. La realizzazione della sua vita fuori della terapia sarà indicativa della localizzazione dei livelli di angoscia esistenti dentro il sistema della coppia terapeutica e tra le parti di sé, attraverso le azioni e gli agiti, i personaggi della vita ed i loro ruoli (Bollas 1992). Come se il paziente usasse la realtà ed i rapporti per “mettere in scena” aspetti di sé, in una forma che li mette a contatto solo per contiguità, e che costituisce una difesa arcaica dall'integrazione e dalla consapevolezza.

Questo non vuol dire che si possa sempre decidere per il meglio, le certezze non esistono, ma

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

Sembrava che nulla dipendesse da lui: dichiarava di fare di tutto, di dare al massimo perché i rapporti andassero bene. Ma si guastavano inevitabilmente e si ritrovava solo, sgradito e sgradevole.

Aveva avuto un'infanzia molto dura: nei suoi ricordi c'era sempre l'allontanamento, il rifiuto, la punizione. Primogenito di una famiglia di operai, con sei fratelli dopo di lui, con scolarità difficile, si era tuttavia laureato, come tutti i fratelli, vivendo sempre in collegio presso religiosi.

La dicotomia 'disobbedienza-rifiuto' lo aveva portato ad organizzare il lavoro e la sua vita sul filo della trasgressione.

Direi che della trasgressione aveva fatto il senso di sé e della realtà. Gli affari prosperavano in un lavoro che si svolgeva la notte e che gli consentiva poi di dormire a lungo di giorno. Aveva una famiglia propria al nord dalla quale viveva diviso, ma dalla quale non si era mai effettivamente separato, mantenendo i contatti settimanalmente nei suoi viaggi di lavoro.

Viveva con altre donne che voleva sempre salvare dai loro problemi (quale drogata, quale alcolista, anche la moglie era stata anoressica). Ma quando non riusciva nel suo intento salvifico, se ne distaccava, ritirandosi in una posizione di sprezzante abbandono.

Era monolitico, senza spazi per fantasia e pensiero: soltanto un fattivo ed operativo uomo d'affari.

Ascoltandolo, mi ero sentita come morta e soprattutto decisamente annoiata. Mi era venuto anche un dolore allo stomaco ed una lieve nausea. Ma avevo sentito anche lui come morto. La visione patologica del mondo, organizzatasi nell'infanzia, era diventata una ideologia strutturata in carattere e mi aveva avvolto in una nebbia sottile, in una ragnatela.

Nel chiedere aiuto egli si rimetteva completamente alla mia valutazione circa le modalità della cura, ma nel contempo indicava in modo assoluto i suoi impegni, che lo portavano ad una permanenza a Roma solo di pochi giorni alla settimana, e segnalava i suoi orari che erano quanto meno bizzarri.

Gli proposi una terapia ad una seduta settimanale, augurandomi che potesse essere la distanza per lui accettabile per contenere il panico che avevo sentito rispetto alla vitalità e all'imprevisto del contatto e del rapporto.

Il paziente, dopo aver sbagliato l'orario della prima seduta ed averla così perduta, si presentò

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

Dopo poco più di un mese giungono le vacanze di Natale: mi chiede di poter recuperare almeno una delle tre sedute della mia sospensione.

Mi sento un po' in colpa per le mie vacanze troppo lunghe, mi sento come la sua madre interna che rifiuta e abbandona. Stabiliamo una seduta di recupero alla ripresa dopo Natale.

Il paziente non viene. Poi viene in altro giorno, ad altra ora non prevista. Sono costretta e ricordargli che quella non è la sua ora, che l'avevo aspettato per la seduta fissata come recupero, e che ormai ci vedremo nella sua ora stabilita.

Il paziente esprime meraviglia, dicendo di non essersi affatto ricordato di aver stabilito un'ora di recupero, ma di non ricordare neanche il giorno e l'ora abituale della terapia.

Comunque in quel giorno io ho dovuto allontanarlo dopo questo breve scambio, e chiudere la porta perché attendevo un altro paziente.

Questo uomo non è più venuto. L'intreccio complesso mi ha fatto molto pensare.

La trasgressione come suo unico modo di esistere... L'inizio della terapia penso abbia mobilitato la sua nascosta parre vitale alla ricerca del recupero del Sé attraverso una fusionalità idealizzata. Il paziente infatti nel mese di terapia, era tutto festinante. Le vacanze avevano interrotto e frustrato questa attivazione. In quel momento è possibile che la mia disponibilità alla sua richiesta di recupero gli sia risultata più intollerabile del rifiuto. Così ha fatto in modo che la realtà confermasse la sua teoria del rifiuto ineluttabile.

È anche possibile che si sia mobilitata una grande invidia verso di me, che potevo togliere e dare... Chissà...

La grande discrepanza tra la qualità delle relazioni oggettuali, il blocco evolutivo degli affetti, di solito coagulato attorno ad un nucleo traumatico, e le capacità operative, "fatiche" (Bleger 1967) che rimangono funzionanti soltanto a prezzo della scissione, rendono comunque molto incetta la costituzione di una alleanza terapeutica e pongono seri quesiti sulla accessibilità di questi pazienti.

Pina, quando è venuta a chiedere, con urgenza e disperazione, un trattamento psicoanalitico ad almeno tre sedute settimanali, anelando quasi sdraiarsi immediatamente sul lettino, mentre parlava e piangeva mi ha fatto sentire così destabilizzata nel mio essere, sia come persona che come professionista, da farmi dubitare di possedere qualsiasi capacità. Un sentimento invasivo di panico che mi

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

ratasi dopo un procurato aborto praticato prima del matrimonio. In modo confuso cercava anche di rendersi più autonoma e diceva di volersi separare dal marito, ma di non esserne capace.

Pina aveva entrate economiche minime: un lavoro di ricerca universitaria che svolgeva però con altra qualifica formale, che lo rendeva avvilito e senza sbocchi di carriera. Il marito si opponeva alla sua decisione di intraprendere una analisi, mentre, con palese contraddizione reale, avrebbe dovuto pagarla quasi completamente. Era inoltre, a dire di Pina, molto opprimente, sadico, e le attribuiva tutte le incapacità e colpe possibili.

Mentre parlava, Pina, pur manifestando una viva intelligenza, era assiomatica, di una razionalità scientifica assunta ad ideologia, usata nei miei confronti in modo sottilmente provocatorio e trionfalistico, come a sottolineare che, comunque, lei conosceva veramente la verità e l'unica realtà. Era rapidissima nel trarre conclusioni senza lasciare spazio a dubbi o riflessioni. Dopo due colloqui di consultazione, rinvio ogni nostra decisione alla ripresa del lavoro dopo le vacanze natalizie.

Pina non si fu viva per un po'. Poi ritelefona. Mi comunica che il ritardo è dovuto ad un ennesimo aborto intervenuto nel frattempo. Ci incontriamo nuovamente.

Io intanto avevo avuto pensieri insistenti anche se fugaci, il cui contenuto era stato preoccupante e contraddittorio.

Pina era una delle poche persone che, nella realtà attuale, venisse a chiedere esplicitamente un trattamento psicoanalitico tradizionale.

Però contestualmente mi aveva fatto sentire incapace e totalmente destabilizzata. Quale era veramente il suo progetto inconscio? Aveva a che fare con i suoi aborti?

Lo stato emotivo che mi aveva suscitato mi aveva ricordato un paziente di alcuni anni or sono che distruggeva periodicamente il lavoro svolto ed i vantaggi ottenuti, perseguendo un suo progetto inconscio che non era quello di stare meglio, ma di dimostrarmi che l'analisi non lo aiutava e che io non avevo nulla da potergli dare. Un progetto distruttivo, una "inversione di prospettiva" bioniana.

Mi era rimasto anche in qualche angolo della mente un accenno di Pina alla sua più cara amica che era entrata in analisi didattica e che per questo motivo si era allontanata da lei e dalla loro frequentazione abituale, suscitando in lei il vissuto di non avere più alcun valore.

L'intensità dello stato emotivo che mi aveva provocato mi era sembrata dovuta ad un massiccio

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

energetiche e d'altra parte la mia associazione all'ex paziente, mi faceva pensare al prevalere di una "inversione di prospettiva".

Non avevo avvertito cariche vitali, di curiosità. Tutto era agito e per di più diffuso e confuso nell'ambiente familiare (sia il marito, che la famiglia di origine sempre incombente). La paziente tendeva a regredire in modo 'maligno' (Balint 1968) affidandosi falsamente all'analista, con l'obiettivo di un trionfo onnipotente distruttivo.

Questo avevo pensato potesse essere la causa dei miei sentimenti.

Comunque mi era rimasto un certo malessere. Anche se mi aveva dato l'impressione di una donna intelligente, simpatica e capace perfino di umorismo, sentivo che mi aveva mostrato solo un aspetto di sé: quello bisognoso di dipendenza, alla famelica ricerca di idealizzata disponibilità affettiva. Ma il mio vissuto di destabilizzazione di identità, la paura profonda ed il malessere fisico, il senso di incapacità professionale, quale aspetto della personalità della paziente segnalavano e quale quantità di energia psichica si accaparravano, se nel campo delle comunicazioni inconscie reciproche avevano avuto sì grosso peso?

La paziente aveva certamente aspetti ben funzionanti dell'Io, ma anche un fallimento della funzione del pensiero come regolatore degli affetti.

Inoltre la comunicazione che mi aveva fatto circa lunghi periodi di bulimia associata all'incapacità di uscire da casa e la sintomatologia degli aborti spontanei mi facevano pensare ad un'area traumatica scissa con scarsa differenziazione tra somatico e mentale.

L'idea fissa di essere una persona sgradita e fallita, collegata prevalentemente agli aborti ed al marito, era una difesa caratteriale basata sull'evitamento dell'area affettiva traumatica. Pina mi proponeva la sua immagine "ufficialmente riconosciuti", ma gli aspetti più attivi e dominanti erano altri.

Nelle organizzazioni di personalità in cui prevalgono le scissioni, come ho già accennato prima, è opportuno rivedere il concetto classico di "regressione in funzione della cura". Come dice Etche-goyen (1979), la regressione temporale non si ottiene con l'analisi, ma è già presente ed attuale nella patologia del paziente, non è necessario promuoverla.

In questi casi penso che sia preferibile parlare di aspetti affettivi non evoluti, di qualità di rela-

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

una impresa fallita in partenza, con il rischio reale di una interruzione veramente patogena per la paziente. Inoltre la patologia delle “urgenze” interiori della vita affettiva di Pina rischiava di comprometterne anche la vita lavorativa.

La regressione dell’Io libero da conflitti è un rischio da evitare, come dicono gli psicologi dell’Io. Ma questa regressione si verifica quando la parte scissa, non evoluta affettivamente, si espande, assorbe maggiori cariche energetiche, diviene dominante.

Già Ferenczi (1924) sottolineava la grande importanza dell’atteggiamento sincero dell’analista verso il paziente, come premessa necessaria per dosare in modo utile la tensione della relazione. Perché, se il paziente è molto regredito, non può essere raggiunto utilmente dalle parole, ma da una relazione con l’inconscio dell’analista che non riproponga le diffidenze o sottomissioni traumatiche infantili.

Così con Pina, mi sono orientata verso la sua superficie psichica più aderente alla realtà. Mi si era formata la convinzione che nelle condizioni attuali non le fosse utile iniziare l’analisi con una frequenza totalmente assorbente.

A sostegno della sua richiesta di sentirsi più autonoma rispetto al marito e alla famiglia, le ho proposto una seduta settimanale, che avrebbe potuto pagare interamente con i suoi proventi di lavoro.

Pina rimane un po’ delusa; dice che con molte sedute alla settimana avrebbe potuto risolvere rapidamente i suoi problemi.

Comunque inizia la terapia.

Mi è stato sempre necessario un grande lavoro sui pensieri, sulle immagini, sulle sensazioni e sentimenti che vivevo nelle sedute con Pina. Ero continuamente messa alla prova da una situazione emotiva molto ambigua.

Intanto, nell’arco delle sedute, si profilava una storia familiare in una cittadina dell’Italia del sud, con madre dalle origini modeste, che aveva fatto un matrimonio di convenienza, perché il padre era laureato ed aveva un lavoro “di concetto”.

La madre era stata molto bella ed anche il padre era un bell’uomo. Ora, molto malati ambedue, vivevano un rapporto misero, di odio e recriminazioni reciproche. Pina aveva una sorella minore di

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

La convivenza con questa sorella è stata imposta dai genitori a Pina e di conseguenza a suo marito. Le implicazioni e le contraddizioni della realtà che la paziente mi presenta, offrono occasione per mettere a fuoco, con interventi di chiarificazione quasi ovvi, come le sue certezze siano soprattutto razionalizzazioni di impulsi e fantasie inconsci.

Pina appare sempre piena di dedizione sia per la famiglia di origine che per il marito, ma la matassa si viene dipanando: i legami familiari risultano intessuti solo di odio e sopraffazione, rancore e invidia reciproca.

Questo lavoro sul mondo delle sue relazioni familiari è accompagnato da una intermittente impulsività aggressiva nei confronti del marito, al quale muove continui rimproveri. Nel frattempo, Pina crea un rapporto più fantastico che reale con un suo amico d'infanzia, al quale chiede di far vivere il suo corpo e farla sentire piacente. Data l'occasionalità degli incontri, questa situazione non è altro che fonte di ulteriore insoddisfazione: però è il canale attraverso il quale si manifesta la ricerca concreta dell'oggetto idealizzato e perciò stesso intensamente frustrante.

Il modo in cui si articola la sua vita nella realtà e le sequenze dei racconti nelle sedute, sono le comunicazioni del suo mondo interno, dei suoi movimenti transferali e dei tentativi di creare canali di contatto interno e di maggiore integrazione.

Gradatamente vivo sentimenti diversi rispetto agli incontri iniziali: si è creata una corrente di reciproca simpatia e l'andamento della terapia è caratterizzato da periodi di buon lavoro che producono risultati obiettivi nella realtà della vita di Pina.

Non ci sono più aborti, né la focalizzazione patologica sull'incapacità ad avere un figlio.

Vince un concorso ed ottiene la qualifica formale del proprio ruolo universitario. Diviene sempre più consapevole della grave patologia della famiglia di origine; aumenta la capacità critica rispetto alle verità assiomatiche sostenute e di conseguenza diminuisce il senso di colpa. Scopre anche i sentimenti di rivalità ed invidia profonda nei confronti della sorella 'bellissima' che le ha sempre sottratto fidanzati e corteggiatori. Anche attualmente, in quella relazione più fantastica che reale con l'amico d'infanzia, Pina fa in modo che la sorella venga a conoscenza della situazione. Si ripete immediatamente l'antica dinamica: la sorella recupera a sé, distaccandolo da Pina, il già flebile corteggiatore.

zioni. Indaga su ogni mia parola per sapere come ho fatto a pensare questo o quello, da che cosa l'ho dedotto. Si preoccupa più di carpirmi che di capirmi.

Mi sento nuda, anzi più che nuda, come ridotta ad uno scheletro, assolutamente spolpata.

In queste situazioni a volte mi sono realmente arrabbiata e l'ho espresso apertamente, sottolineando l'aspetto del danno che arrecava a se stessa. La risposta di Pina è stata utile: mi ha detto non solo che era vero quello che le dicevo, ma che la mia foga le faceva sentire che io mi interessavo veramente a lei.

Pina non ha mai raccontato sogni. Il materiale consisteva solo nel racconto di eventi o rapporti ed è stato sempre significativo il modo in cui mi veniva comunicato.

Ogni seduta era come un sogno, da elaborare come espressione di un processo primario condizi-

o. Così il racconto di come una sua conoscente aveva lasciato il marito (si era portata via i suoi effetti personali poco per volta, ogni tanto una valigia la mattina quando andava al lavoro, si era trovata un piccolo appartamento e alla fine aveva telefonato al marito che non sarebbe più tornata a casa), inserito nel contesto e nel momento della nostra relazione, diventava la comunicazione di come Pina stesse effettuando il suo disinvestimento rispetto all'oggetto interno arcaico idealizzato e estremamente persecutorio, e stesse spostando le cariche affettive nel nuovo rapporto terapeutico, "tutto suo" che le consentiva la via dell'individuazione.

Dopo due anni di lavoro emerge dal materiale di una sequenza di sedute la richiesta di una seconda seduta settimanale. Con l'attuale qualifica universitaria, Pina la può pagare personalmente.

Le dico che ho compreso la sua richiesta e Pina afferma che è molto sollevata, perché era un po' di tempo che avrebbe voluto dirmelo. Debbo però attendere circa quindici giorni prima di poterle dare l'ora che possa essere compatibile anche con i suoi orari di lavoro.

Quando possiamo realizzare questa seconda seduta settimanale, Pina è del suo umore più nero. Chiusa, taciturna, rabbiosa e vendicativa. Si è vestita, come al solito in questi stati d'animo, tutta di nero.

Con la comparazione che ci viene spontanea tra questa situazione e le innumerevoli volte in cui in passato aveva mostrato questa configurazione psichica (dopo aver ricevuto un favore o

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

riempie di rabbia e di rancore! Paradossalmente mi suscita frustrazione, perché è come se precedentemente mi fosse stato rifiutato”.

È decisamente una lettura ‘maligna’ che non tollera che l’altro abbia delle potenzialità, né tollera che la realtà si frapponga tra la richiesta e la realizzazione.

A questo punto ci viene spontaneo collegarlo anche all’esperienza del suo allattamento interrotto quando la madre era rimasta incinta della sorella. Certamente lei bambina di un anno, aveva visto defluire il latte dal seno della madre, quel latte che le era stato sottratto prematuramente e bruscamente. Una ferita narcisistica che non aveva consentito l’elaborazione dell’oralità, stabilizzando l’invidia a conferma del disprezzo di sé: si era formato un vissuto di inganno e di sfiducia.

Solo in alcuni passaggi il mio intervento aveva fornito supporto e collegamento. Per gli aspetti essenziali, Pina aveva capito da sola le manifestazioni del suo inconscio.

È stata come una trama di lavoro onirico creato dal tessuto delle nostre interazioni e dal racconto dalle sua vita quotidiana, i cui personaggi sono nostri personaggi, espressione del Sé della paziente che abbiamo osservato insieme.

Le fantasie si sono presentate prima frammentate e poi si sono ricostruite configurandosi in un insieme nel corso della terapia.

Abbiamo raggiunto e creato insieme l’interpretazione, perché solo questa modalità è utile a pazienti così scissi: l’interpretazione può essere raggiunta solo quando diviene un elemento su cui pensare e che crea qualcosa di nuovo in ciascuno dei due componenti la coppia analitica (Bollas 1992).

Il ruolo svolto dal quotidiano è stata la modalità “metaforica” della comunicazione di Pina, come il contenuto manifesto di un sogno.

Questo inciso clinico mi consente di sottolineare alcuni elementi significativi delle terapie con setting che, mediante modificazioni formali, si adegua alla organizzazione delle strutture interne del paziente al momento della consultazione.

In primo luogo l’importanza fondamentale del transfert ‘attuale’ con l’analista, con la sua personalità globale e reale e non soltanto come ripetizione della situazione infantile. È impossibile pensare la metapsicologia come un puro teatro interiore: la terapeuticità è data dalla coproduzione attuale e vivente della coppia terapeutica.

Vicinanza-distanza. Scissioni e dissociazioni nella personalità: il principio economico come determinante nella scelta e flessibilità del setting terapeutico

Riscontriamo come il metodo di ricerca, tutt'ora valido, ha consentito alla psicoanalisi di evolversi come teoria psicologica, fino a comprendere le organizzazioni psichiche che, nella realtà attuale, costituiscono la maggioranza dei pazienti.

Questi pazienti non possono essere selezionati in base alla loro adeguabilità ai principi tecnici: constatiamo come sia necessario ripensare la psicoanalisi nella sua globalità, per adeguare il trattamento alle loro necessità e possibilità.

Forse le condizioni economiche nelle quali si trova a funzionare l'Io possono essere un valido elemento sul quale basare le modulazioni della tecnica.

Esiste inoltre la necessità di non usare il tradizionale linguaggio psicoanalitico, troppo simbolico e metaforico, strutturato su premesse che a noi soltanto sembrano sufficientemente chiare, quando il paziente propone una sua cornice contraddittoria e ambigua, che pone in primo piano l'azione, il fatto, il concreto, l'avere.

Per trovare la collocazione della cura psicoanalitica non come ideologia fideistica alla quale il paziente dovrebbe aderire, ma come adeguamento della psicoanalisi alle esigenze del paziente, potrebbe essere funzionale seguire un diverso processo per la ricerca dei fattori terapeutici.

L'attenzione tradizionale si è concentrata sull'interpretazione e sull'insight, seguito dall'elaborazione, come strumenti per eccellenza deputati a promuovere il cambiamento del paziente.

Ma quando il mondo interno viene negato, è forse opportuno concentrare l'attenzione anche su una possibile funzione del setting come luogo di mediazione tra gli aspetti più primitivi e gli aspetti 'fattici' della personalità. Un setting con frequenza rarefatta e con l'inclusione degli aspetti percettivi è pensabile che possa divenire esso stesso un fattore terapeutico. La funzione trasformativa è più ampiamente delegata al setting interno dell'analista che elabora la relazione con il paziente nel suo pensiero e nel suo mondo interno.

Le comunicazioni dell'analista al paziente contengono la comprensione della fantasia presente nel campo terapeutico, ma sono colloquiali, facilitanti, insature, perché il paziente si senta libero di creare se stesso, mentre inconsciamente si appoggia 'analiticamente' all'analista per migliorare il suo funzionamento.

Perciò le parole dell'analista hanno soltanto la funzione di 'organizzatori' che forniscono senso quasi indirettamente mediante osservazioni, confronti, segnalazioni, domande.

Eissler (1953) diceva che, in alcuni casi, "il paziente ha bisogno di qualche cosa di più, oltre l'interpretazione" e chiamava queste modificazioni della tecnica psicoanalitica 'parametri', affermando che erano giustificati dalla deficienza della struttura dell'Io del paziente.

Constatiamo invece che il paziente ha bisogno di qualche cosa di meno e di diverso dall'interpretazione; qualcosa che fornisca però il 'fatto scelto' come quell'elemento mancante che precede il pensiero per preparare il funzionamento del paziente ad una possibilità di riflessione ed introiezione.

Bibliografia

- BALINT, M. (1968) *La regressione*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1983.
- BARANGER, M., BARANGER, W. (1961-62) La situazione analitica come campo dinamico. In: *La situazione analitica come campo bipersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
- BION, W.R. (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma 1970.
- BLEGER, J. (1967) Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In: Genovese, C. (a cura di) *Setting e processo psicoanalitico. Saggi sulla teoria della tecnica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- BOLLAS, C. (1992) *Essere un carattere*. Borla, Roma 1995.
- BOUVET, M. (1958) Variazione tecnica e concetto di distanza. In: Genovese, C. (a cura di) *Setting e processo psicoanalitico. Saggi sulla teoria della tecnica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- EISSLER, K.R. (1953) L'effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica.. In: Genovese, C. (a cura di) *Setting e processo psicoanalitico. Saggi sulla teoria della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano 1988.
- ETCHEGOYEN, O. (1979) Regressione e setting. In: *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 1990.
- FERENCZI, S. (1924) Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Sull'interdipendenza tra teoria e pratica. In: *Opere*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1992.

Riassunto

Attraverso l'esposizione di materiale clinico, lo scritto propone i molteplici problemi tecnici e l'opportunità di realizzare trattamenti con setting formalmente modificato, per i pazienti con organizzazioni di personalità al limite.

Viene posta in primo piano la qualità della comunicazione inconscio-inconscio che si evidenzia nei colloqui preliminari, come segnale 'guida' per le possibilità di formazione dell'alleanza terapeutica. Sono inoltre rivisitati i tradizionali fattori terapeutici, per cercare di mettere in luce il diverso uso che molti pazienti attuali possono fare dello strumento psicoanalitico.

Summary

On the basis of clinical experience, the article focuses many and various technical problems as well as the possibility to carry out formally modified setting treatments, for border line personality patients.

The article emphasizes the features of the unconscious-unconscious communication emerging in the preliminary interviews, as a "guide" signal for the therapeutical alliance. Moreover, the article checks the traditional therapeutical factors, in order to point out how many patients may use the psychoanalytic method, today.

MARYSA GINO
Viale del Vignola, 39
00196 Roma

ELVIRA A. NICOLINI

ALCUNE QUESTIONI RELATIVE AI PRIMI COLLOQUI E ALLA TECNICA

I primi colloqui con Piera

Vorrei introdurre queste riflessioni prendendo spunto dai primi colloqui con Piera. Piera (quarantatré anni) è in terapia da quasi quattro anni con una frequenza di due sedute settimanali.

Nel primo colloquio innanzi tutto mi colpirono i forti contrasti. Carina nel volto, vestiva cappotti e pellicce eleganti, ma quando li toglieva i suoi abiti erano troppo sgualciti. Ciò le conferiva un aspetto trascurato. Il suo corpo era appesantito dagli oltre venti chili, immutabili, acquisiti durante la gravidanza (avvenuta tre anni prima della consultazione). Questo contrasto si riproponeva tra l'espressione dolce del viso e l'exasperazione presente nelle sue parole che, molto spesso, facevano riferimento a liti, scontri e urla.

Era evidentemente molto diffidente con tutti e lo era anche riguardo alla terapia che chiedeva con notevole ambivalenza. Era, diceva, "obiettivamente" molto impegnata dato che doveva accudire da sola sia il figlio (Massimo che allora aveva tre anni) sia la ditta della quale è proprietaria.

Era perentoria nelle sue affermazioni, spesso provocatorie. Ribadiva con enfasi che il figlio e la ditta «dipendono solo ed esclusivamente da me». Sua madre, che l'aiutava sia in ambito lavorativo sia nell'assistenza di Massimo, «è una persona assolutamente inaffidabile, non si assume nessuna responsabilità, non posso contare su di lei». Espresse identico giudizio con identico rancore riguardo Luca, il padre di Massimo (divorziato, cinquantaquattro anni, già padre di un venticinquenne), a cui rivolgeva continue accuse e col quale esplodeva in violente sfuriate e insulti ogni volta che lui visitava - irregolarmente - il figlio.

Le motivazioni espresse, relative alla sua richiesta di terapia, preannunciavano un percorso difficile dovuto a una singolare ambiguità: pur consapevole dei problemi che affrontava (nel rapporto

giuste e dolorose privazioni subite. In questa ottica mi richiedeva un coinvolgimento quale testimone di un giudizio in atto.

La poca disponibilità a mettere in discussione se stessa e quindi la scarsa consapevolezza dei propri conflitti interni (che naturalmente mi fece dubitare dell'accessibilità terapeutica), si celava dietro molteplici riferimenti a presunti "processi inconsci" che rinviano al rapporto infantile con i suoi genitori e in particolare alla insoddisfacente relazione precoce con sua madre. Piera aveva una ben articolata spiegazione di tutto ciò, forse e paradossalmente anche veritiera in molti aspetti e la proponeva irrevocabile e conclusiva.

Quanto partecipassero in essa le sue letture psicoanalitiche e la traccia di una precedente terapia era difficile stabilirlo. Comunque questa versione "psicoanalitica" della propria storia (e dei suoi effetti) si presentava come una consistente difesa che rendeva quasi impraticabile un qualsiasi altro riferimento al suo mondo interno. Perché quella sua spiegazione era ferreamente prestabilita ed univoca, come una argomentazione immutabile ed esauriente, come una premessa alla quale faceva appello nei suoi discorsi autointerpretativi.

Effettivamente già nei primi colloqui, mi disse esplicitamente che doveva custodire accuratamente l'odio che nutriva verso sua madre, come uno scudo nel quale radicare la propria "autonomia", per proteggersi da nuove delusioni e da ulteriore dolore. Mi ripeté che sarebbe stato un grave errore se io avessi tentato di bonificare quella relazione, senza accorgermi che ciò avrebbe messo in pericolo il caposaldo che faticosamente si era costruita. Nel dirmi ciò, capivo che proseguiva una discussione con un ignoto interlocutore, affermando che in questo la psicoanalisi sbaglia: «non è vero che mancando un buon legame interno con la propria madre non si riesca ad averlo con il proprio figlio».

Ispezionava cautamente le mie parole in cerca di un supporto che venisse a confermarle i suoi motivi di diffidenza ed il mio errore.

Con questi discorsi concitati e attraverso il continuo riferimento alle sofferenze del figlio ed al bisogno di proteggerlo, ritenevo mi mostrasse e al tempo stesso tutelasse una parte (scissa) di sé, che sentiva estremamente vulnerabile.

Una parte di sé che quindi doveva isolare e difendere anche da me. La rabbia e la diffidenza cu-

Soprattutto ciò che per me rappresentava il principale ostacolo, quello che rendeva difficile tanto i suoi rapporti quanto la relazione terapeutica, era l'insufficiente costruzione di quel confine che, quando consente di discriminare l'interno dall'esterno, delimita la propria soggettività.

Per Piera i vissuti, le proprie fantasie ed emozioni non costituivano ancora un suo personale modo d'interpretare e di sentire se stessa e gli altri. Tutt'altro, secondo lei, erano la realtà stessa, l'inevitabile controparte di essa. Interno ed esterno formavano un tutt'uno inscindibile.

Piera chiese aiuto per fronteggiare ciò che considerava ostacoli realistici, ammettendosi bisognosa di un qualche supporto.

Era prioritariamente preoccupata per la crescita e le sofferenze, che, riteneva, le insufficienze materne causavano a suo figlio. Era desiderosa - disse - di essere una buona mamma. Ciò voleva dire «concretamente - mi spiegò - essere in grado di evitare a Massimo il dolore e le privazioni che da bambina io ho subito per il freddo distacco materno».

Implicitamente mi attribuiva un ruolo di consulente con precise competenze professionali: avrebbe dovuto assisterla nella sua funzione materna e nella gestione del rapporto tra Massimo e Luca.

Era convinta di dover assumere questo rapporto come un suo compito esclusivo, vista l'incompetenza di Luca e l'età di Massimo.

Mi proponeva quindi una alleanza possibile che rischiava di diventare un patto collusivo se precludeva l'alternativa di mettere in discussione se stessa e precisamente il riversamento (*"deposition"* Bleger, 1967) difensivo delle proprie emozioni e dei propri conflitti negli oggetti più significativi (suo figlio, sua madre, Luca, ecc.). Una difesa che rendeva molto confusivi questi legami.

La sua diffidenza nei miei confronti, l'insistenza nel ribadire categoricamente certi giudizi inappellabili mi fecero paradossalmente pensare che lei stessa era in qualche modo consapevole del fallimento di questo baluardo difensivo. Un baluardo che proprio per questo si era venuto esasperando fino a diventare una fortificazione (108 chili), che non padroneggiava più né le offriva ormai nessuna sicurezza (Nicolini, 1992). La sua insofferenza scattava di continuo con tutti. Il senso d'impotenza e l'angoscia in aumento mi sembrò testimoniassero una certa consapevolezza della minaccia di un crollo. Quindi cercava un supporto.

Ma al tempo stesso ero consapevole di quali tempeste transferali poteva rendermi oggetto: non

paura e mi destava rifiuto. Potevo percepirlo chiaramente anche attraverso certe mie improvvise manifestazioni somatiche: sensazioni di soffocamento, colpi di tosse, ecc. (Aulagnier, 1984).

Contemporaneamente mi faceva tenerezza e sentivo il desiderio di aiutarla, perché riusciva ad esprimere un intenso sentimento di disperazione.

Si mostrava preoccupata non tanto per se stessa quanto per il figlio. Pianse veramente addolorata per lo sconforto che credeva percepire nel suo pianto a causa delle urla di lei e delle scenate violente alle quali lo esponeva.

Con questa bambina grande e grossa, tanto infuriata e diffidente, mi ritrovavo spesso a cercare con prudente cura il modo di avvicinarmi, o le parole più innocue, consapevole della sua intolleranza difensiva, della sua irruenza incontinente.

Iniziata la terapia, piangeva con frequenza, di rabbia o di disperazione, per ciò che sentiva come offese subite, mentre me ne parlava con ira. I silenzi erano molto rari e molto brevi. Con essi io percepivo mi indicasse che dovevo darle un qualche segno di vita (Winnicott, 1969), seppure immediatamente venivo interrotta perché lei si sovrapponeva continuando i suoi precedenti discorsi. Altre volte invece quel curioso contrasto già indicato si riproponeva così: mentre faceva lunghi discorsi che sembravano lezioni di teoria psicoanalitica, narrandomi circostanze della propria vita in modo distaccato e intellettualizzante, un occhio, solo uno, colava continuamente. Lei non sembrava accorgersene, si asciugava quella lacrima insistente, strofinandola con un dito impaziente come chi allontana una mosca.

Alcune riflessioni

Le riflessioni che seguono ripercorrono alcuni argomenti che abbiamo affrontato nel gruppo di lavoro. Argomenti che fanno riferimento alla nostra pratica clinica con certi pazienti.

Confrontandoci abbiamo rintracciato presto certe caratteristiche comuni a questi pazienti, seppure essi non rientrino in una determinata categoria nosografica: la preminenza di alcune modalità difensive e tra queste specialmente il diniego, l'intellettualizzazione, la scissione e la proiezione di parti scisse di sé (quindi non solo non integrate ma anche sprovviste del loro correlato emotivo). Ritengo che Piera ne sia un esempio.

Piera, quando stavamo concludendo il primo colloquio (e poi molto spesso durante un lungo periodo) mi disse con tono imperativo alzandosi all'improvviso: «Devo andare in bagno». Le domandai: «È proprio così urgente?». Con uno sguardo perentorio mi rispose: «Se non fosse urgente non lo chiederei!». Forse, era lo stesso senso di urgenza con la medesima qualità evacuativa ciò che la incalzava a “chiedere” terapia.

Dovetti aspettare molti mesi prima di fare un esplicito riferimento a quelle sue frequenti richieste di andare in bagno, perché percepivo che l'avrebbe inteso come un mio provocatorio sconvolgimento di quella “realtà” (in questo caso fisiologica) alla quale spesso si appellava (Winnicott, 1956).

In modo identico a quanto avvenne nel corso della terapia in relazione alle sue frequenti assenze e ritardi.

Non è neppure raro che avvengano agiti nel corso dei giorni ‘che intercorrono tra i primi colloqui. Con questi pazienti sono particolarmente attenta ad esplorarne l'evenienza e ad osservare come vengono presentati ed usati.

Se lo valuto possibile, li ripropongo al paziente per vedere se è in grado di prenderli in esame o di attribuire ad essi un valore ricollegandoli al proprio vissuto.

Penso che prendere in considerazione, nei primi colloqui, questi agiti (cioè tentare di reinserirli nel contesto in cui sono nati, in modo che forse possano acquisire un senso in una trama fantasmatica ed affettiva) spesso mi è più utile delle parole del paziente per indicarmi quelle situazioni vissute come grave minaccia interna e la natura delle loro risorse psicologiche.

La risposta emotiva del paziente al tentativo di esaminare questi eventi che considera casuali, ritengo sia molto rivelatrice.

La presenza di un indizio di egodistonia, la possibilità di stabilire una relazione con precedenti esperienze (proprie o di qualcuno significativo) che li renda meno arbitrari ed estranei, mi sembra rivelare una prognosi favorevole per quanto riguarda il lavoro terapeutico.

Procedo in modo molto simile se nei colloqui insorge spontaneamente un riferimento a manifestazioni o disturbi somatici.

È un piccolo e discreto tentativo di “metterci al lavoro”, di soffermarci su quell'oggetto per guardarlo insieme, in modo di vedere cosa il paziente fa con esso e come può usare questo spazio e

razione, una perdita) che pone in pericolo l'equilibrio narcisistico e minaccia di collassare la loro fragile organizzazione psichica.

In questi casi succede spesso che l'inizio della terapia costituisca di per sé una sorta di palliativo, un approvvigionamento narcisistico che viene a suturare la crepa. Per cui dopo breve tempo questi pazienti sentono di aver "superato" l'emergenza.

Mancando un più autentico riconoscimento delle difficoltà interne, viene a mancare ogni motivazione a proseguire la cura.

Questo decorso è sempre possibile e non sempre prevedibile.

Comunque, quando avviene, ci ritroviamo a pensare se non sia stato prematuro iniziare la terapia. Forse avremmo dovuto limitare il nostro intervento a una serie di colloqui "propedeutici" (Winnicott, 1965). Ci domandiamo anche se abbiamo sottovalutato qualche indizio presente già nei primi colloqui.

In questo senso tutti possiamo ricordare colloqui iniziali caratterizzati da una modalità prevalentemente evacuativa (Piera ne è un esempio) nei quali la persona si assume come vittima di circostanze avverse, per via della proiezione dei motivi di sofferenza.

Una risorsa che si è dimostrata utile nella mia pratica consiste nel tentare di storicizzare il motivo scatenante attuale, inserendolo in una storia di ripetizioni, solo se è rintracciabile nel discorso libero e spontaneo del paziente. Non tanto per approfondirne il senso, ma per restituire al paziente un sentimento di continuità della propria esperienza, un filo che intreccia certi vissuti, che gli conferisca un senso d'identità meno sfuggente, ma anche, seppure tacitamente, un ruolo di attore partecipante di queste vicende.

Altre volte ciò che colpisce è una "modalità di presentazione" vuota di risonanze affettive, scarsa di contenuto fantasmatico, più o meno intellettualizzante, che ci rende difficile quell'empatia che normalmente è alla base della costruzione di un legame terapeutico. Allora ci tocca aspettare, rimandare qualsiasi decisione, mantenendo una disponibilità nell'ascolto e un atteggiamento di discreto contenimento. Ma cosa aspettiamo?

Ne *L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso le identificazioni*, facendo riferimento alla clinica con pazienti borderline, Winnicott attribuisce un'importanza centrale alla capacità

in relazione con la capacità del paziente di *collocare l'analista fuori dall'area dei fenomeni soggettivi*. Ciò che è chiamato in causa è dunque la capacità del paziente di usare l'analista» (Winnicott, 1971, p. 152).

Ho voluto trascrivere parte di questo paragrafo, perché offre un preciso chiarimento relativo alle condizioni che, con questi pazienti, possono rendere possibile la creazione di un campo transferale e una qualche efficacia all'interpretazione.

Naturalmente un chiarimento che va ben oltre i primi colloqui.

Riprendo ora la precedente domanda: cosa aspettiamo che serva ad indicarci l'avvio della relazione e della capacità del paziente di "usare" l'analista e l'analisi?

Io aspetto che qualcosa che il paziente possa raccontarmi di sé o qualcosa che avvenga nel corso stesso dei colloqui, mi consenta la costruzione di una rappresentazione, o di un'immagine o di una scena con una data colorazione affettiva. Una scena che mi possa far identificare quella persona nella sua singolarità e nel momento presente. È una scena che raffigura, nel mio interno, il modo in cui il paziente è implicato nelle vicende che mi espone e me lo rende vivo. E al tempo stesso mette in scena il modo in cui io vengo implicata.

Questa rappresentazione riprende non tanto o non solo eventi biografici. Con la sua colorazione emotiva mi consente di cogliere ciò che sta succedendo nei colloqui, di attribuire un senso ai miei vissuti controtransferali e alla sua richiesta.

Questa scena che intreccia materiali diversi (verbali, gestuali ed espressivi), ma a volte anche passato e presente, viene ad indicare un movimento e l'esistenza di un legame, di un campo transferale.

Costituisce il punto di avvio di un percorso possibile, le cui evoluzioni e i cui arresti io sono ora in grado di seguire. Quella scena fornisce un fondamento a quel percorso nella mente dell'analista.

Torno ora a Piera. Nel corso del quarto colloquio continuava a raccontarmi le sue ostinate infurberate, non badando alle lacrime che, con la stessa ostinazione, colavano da uno solo dei suoi occhi. Le asciugava ogni tanto con irritazione. A un certo punto le dissi: «È tanto che non piange davvero?». Rimase un po' interdetta e poi rispose: «Ho pianto continuamente durante la gravidanza, ma quella terribile depressione spari improvvisamente il giorno della nascita di Massimo. Non piansi

trovava sempre qualche scusa per rimandare l'incontro, ma non si sottraeva alle confidenze telefoniche. Così nel corso di anni ognuno era informato della vita dell'altro.

Questa volta lei non aveva trovato una scusa attendibile, «non mi è venuto niente in mente» e quindi si erano incontrati.

Mentre Piera gli raccontava le stesse cose che aveva raccontato a me, lui improvvisamente le aveva domandato, toccandole appena una mano: «Ma tu, come stai?». Lei si era sentita un nodo alla gola, una emozione intensa e inattesa, e si era ritrovata a piangere dopo molti anni. Poi, tornata a casa questo fatto le si riproponeva con la stessa emozione e si era accorta «quale peso mi tenevo dentro».

Questa fu per me la “scena” di riferimento, il punto di avvio che mi consentì di pensarla e di ascoltarla in un altro modo. In un modo che rendesse possibile l'inizio di una terapia, pur sapendo che non sarebbe stata facile.

Quel “vecchio amante” l'aveva aspettata a lungo e aveva trovato un modo di porsi che faceva sì che lei potesse rivolgere uno sguardo a se stessa. Le aveva consentito un contatto con le proprie emozioni precluse e con il suo bisogno di essere aiutata, nel momento in cui poté sentire che un altro si rendeva presente e disponibile ad accoglierle. Momento trasformativo, di passaggio dall'agito, dalla coazione a ripetere e dall'indiscriminazione al riconoscimento di sé e dell'altro.

Per concludere vorrei riferirmi a due quesiti che orientano la mia ricerca nei primi colloqui e costituiscono a mio avviso il loro scopo:

a) quali situazioni scatenanti (con quale significazione emotiva e fantasmatica) sono venute a incrinare l'equilibrio psichico (seppure precedentemente disturbato) di questa data persona, probabilmente riattualizzando o inasprendo una sofferenza antica;

b) cosa ha reso possibile (e con quali aspettative) la richiesta di terapia. Cioè quale vissuto e quali risorse interne hanno consentito a questa persona uno sguardo, per così dire, rivolto al proprio inconscio o al proprio mondo interno. Sguardo che eventualmente si è poi rivolto alla psicoanalisi come ambito di esperienza che potrebbe offrirgli un aiuto relativo alla ricerca iniziata, appunto con quello sguardo.

Questo primo transfert sulla psicoanalisi potrà poi allacciarsi alla figura di un dato terapeuta, ed

Bibliografia

- AULAGNIER, P. (1984) Les colloques preliminaires et les mouvements d'ouverture. In: *L'apprenti-historien et le maitre-sorcier*. Presses Universitaires de France, Parigi.
- BLEGER, F. (1967) *Simbiosi e Ambiguità*. Lauretana, Loreto 1992.
- NICOLINI, E., SCHUST, J. (1992) *El caracter y sus perturbaciones. Una perspectiva freudiana*. Paidós, Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1956) Le forme cliniche del transfert. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1965) Utilità della consultazione terapeutica. In: *Esplorazione Psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- WINNICOTT, D.W. (1971) L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso le identificazioni. In: *Gioco e Realtà*. Armando, Roma 1974.

Riassunto

Questo articolo propone una riflessione impostata sul versante clinico e delle tecnica, che prende in esame alcune difficoltà che spesso si riscontrano nei primi colloqui con persone la cui richiesta di terapia presenta tratti problematici per quanto riguarda l'accessibilità terapeutica nelle condizioni di setting convenzionale. Per cui risulta particolarmente necessario negli incontri preliminari dare ascolto alla *singularità* degli *attuali* bisogni e risorse del "paziente", ma specialmente alle vicissitudini della relazione tra entrambi i partecipanti.

Si esaminano, attraverso la presentazione di un caso, alcuni aspetti tecnici che possono contribuire alla creazione di un campo transferale e ad avviare un possibile percorso terapeutico.

Summary

The article propounds a reflection, based on the clinical and technical aspects of the difficulties

Alcune questioni relative ai primi colloqui e alla tecnica

By describing a relating case the article analyzes some technical aspects wich may contribute to the establishment of a transfert-field and to the opening of a possible therapeutic path.

ELVIRA NICOLINI

Via Valverde, 7

40136 Bologna

LUCIA SCHIAPPOLI

Il formarsi dell'immagine del paziente nella mente dell'analista

L'esperienza del setting a una seduta settimanale, pratica diffusa quanto controversa, utilizzata con i pazienti difficili e non assimilabili alla patologia nevrotica, comporta una tensione costante nel modo di essere e di porsi come analista.

Tuttavia tale modalità di trattamento è una risposta che tende ad essere data spesso a quei pazienti che, al di là di una categorizzazione precisa, ed anche al di là di ciò che consciamente e inconsciamente possono domandare, pongono trasversalmente la questione di essere pensati e ascoltati in funzione della discontinuità e lacunosità con cui si presenta il loro modo di essere e di funzionare.

Accettare di sondare l'analizzabilità in queste situazioni, che interrogano lo strumento psicoanalitico in modo profondamente diverso da quello acquisito nel campo delle nevrosi, pone numerose questioni. "Che cosa accade della psico-analisi quando la psiche svanisce - o, almeno, quando il suo funzionamento è ridotto alla sua espressione più impoverita?" è la domanda di fondo, così come la pone ad esempio Israel (1994, 1059, traduzione mia) in un lavoro sulle formulazioni dell'analista.

È una domanda che può non essere considerata meramente retorica, se non si stabilisce aprioristicamente quali siano i pazienti adatti all'analisi e quali no, questione d'altronde oggi largamente dibattuta; si tratta in questo caso di pensare se non sia viceversa l'analisi, anche perché sollecitata dalla frequenza di queste situazioni cliniche, a dover lavorare sempre più sui propri limiti metodologici e sulle proprie possibilità strumentali rispetto all'analizzabile. In proposito mi sembrano pertinenti le riflessioni proposte da Pontalis (1977, 196) sulle "escursioni" compiute in vari modi nel movimento psicoanalitico, e fin nei testi freudiani (come *Totem e tabù* e *Il disagio della civiltà*), in territori specificati dalle opacità, dagli intoppi, dall'inquietante, che pongono, anziché ai confini, al centro la questione dell'incontro con i limiti dell'analizzabile. In effetti è a tali "escursioni" che vorremmo affidare più volentieri l'onere di un interrogativo sui limiti dell'analisi, che forse dovrebbe

Da un primo colloquio

Alcune caratteristiche che mi sembrano ricorrenti nei casi che vengono trattati al ritmo unisettimanale si propongono nell'incontro con Paola. Si tratta di una donna di mezza età che ha destato la preoccupazione del suo ambiente, costituito dai familiari e da uno psichiatra attento, a causa dell'intenzione di ritirarsi precocemente dal suo lavoro di impiegata, chiedendo una pensione di invalidità. La preoccupazione è accentuata dal fatto che Paola ha una sorella che è un'invalida civile e che conduce una vita molto limitata, vivendo praticamente soltanto tra le mura domestiche e venendo accudita dai genitori.

Vedo Paola. Nel suo modo incoerente di narrarsi in questa vicenda si avverte l'assenza di affetti, o il loro silenzio. Mi si prospetta inoltre l'impressione di un equilibrio precario, più volte riconquistato al prezzo di una "normalizzazione" impoverente.

Non posso rendere per iscritto senza stravolgere automaticamente quella che è la caratteristica del suo modo di esporre/esporsi, che apre e chiude brevi parabole giustapposte; credo tuttavia di poterla rendere meglio riportando il suo discorso in forma indiretta.

Esordio: Come d'accordo col dottor E. è venuta per parlare del fatto di volersi mettere in pensione. Vorrebbe mettersi in pensione altrimenti teme di non poter più accudire la figlia. Questo è tutto.

Il silenzio circonda poi questo "tutto". Riapro il discorso chiedendo se mi vuole dire qualcosa di come è arrivata ad avere quest'idea.

Silenzio. Mah, non sa. Silenzio. Cambio rotta: "Mi diceva della figlia". Paola - in sintesi - narra che la figlia è ormai alle soglie dell'adolescenza, ha un buon rapporto col padre, e non ha problemi che giustificano questo bisogno di accudimento. Pausa. Poi riprende: Voleva già andare via dall'ufficio tempo addietro. Silenzio.

Io: "Sì?".

Aveva chiesto tempo prima al marito di fare un secondo figlio, ma questi non era stato d'accordo, ed è vero, è meglio. Pausa.

Le chiedo se questo lo dice convinta, non ne soffre?, o è arrabbiata?... Prima sì, le era un po' dispiaciuto. Ora si è abituata. Silenzio. Ma dopo un po', vivacemente: Il marito le aveva detto: "ma

Il formarsi dell'immagine del paziente nella mente dell'analista

che durante il colloquio mi danno anche l'impressione che Paola "si sia abituata" ad esprimersi nei termini di una rassicurazione che le espressioni dirompenti della sua sofferenza possano occupare il minor spazio possibile.

Dopo una parte di colloquio che mi sembra soprattutto occupata dal protrarsi di queste impressioni, il discorso di Paola rimbalza dall'idea del pensionamento alla sorella pensionata e malata, che ha avuto innumerevoli cure, anche con qualche miglioramento, ma che ha un carattere "insopportabile" perché i genitori gliele danno tutte vinte ("Abituata male?"). Non mi è chiaro quale sia questa malattia invalidante della sorella, che nella vita è maggiore di qualche anno, ma non interrompo il racconto delle innumerevoli cure, già tagliato dallo spunto critico sui genitori; poiché però il racconto va anche indietro nel tempo, senza che Paola ne riferisca niente a sé, le chiedo infine: "E lei, tutto questo grande problema come l'ha vissuto".

Non lo sa, risponde. Pausa. Poi prosegue: "Beh, forse mi sarò sentita un po' trascurata". Silenzio.

Tuttavia la risposta che dà alla domanda che ora le rivolgo, come mai si è decisa adesso a venire, giacché le cose che ha detto stanno lì da tempo, non è del tutto sconfortante, poiché schiude un'altra dimensione.

È stata molto male perché è andata in pensione una persona a cui era molto affezionata, un collega più anziano. Questo ha cambiato tutto, perché lui le organizzava con pazienza il lavoro mettendola in grado di farlo quasi senza accorgersene. Ora da sola non si sente in grado di fare niente; si sente veramente sola. Pausa. E poi c'è un'altra cosa importante, aggiunge a sorpresa Paola passando dalla tristezza alla vivacità, pur seria: "È che vorrei tanto guidare la macchina, non ho problemi con la pratica, ma il guaio è la teoria, i quiz mi sono troppo ostici".

Il senso di allarme che avverto dopo la frase "non ho problemi con la pratica" è controbilanciato comunque dall'impressione di una maggiore percorribilità della relazione sul piano del senso.

Il movimento di venire dall'analista, sul quale ho interpellato Paola, mi viene ora in effetti prospettato su uno scenario multiplo. In tale movimento sembra implicato innanzitutto uno spostamento dalla centralità della cura medica a quella della funzione di ascolto, per cui ha senso aprire altre dimensioni dello star male o del non sopportare oltre a quelle personificate nella sorella. Inoltre Paola

Lascio qui questo colloquio per riflettere su qualche aspetto che prima ho definito ricorrente nel determinarsi della scelta di un setting non frequente, oltre alle ragioni di opportunità (spazi da rispettare, scissioni da non spingere verso l'insostenibile, modulazione del movimento e così via) che il colloquio stesso già qui esemplifica. Sostanzialmente due sono gli elementi sui quali vorrei soffermarmi: la peculiarità del controtransfert e la pressione della proposizione di ragioni di realtà in questa scelta di setting.

Peculiarità controtransferali

Il colloquio con Paola ha su di me un effetto differito che riconosco per tale subito dopo, ma comunque a posteriori. La sera mentre sto per addormentarmi mi capita di avvertire improvvisamente una forte emicrania, cosa per me veramente insolita, e di produrre in più un'istantanea fantasia "scientifica", delirante, per cui "è ovvio, penso, che avendo l'emisfero cerebrale destro 'preposto agli affetti' completamente paralizzato, io sia immobilizzata nella parte sinistra del corpo". Subito dopo, e non senza essermi toccata la parte sinistra, mi rendo conto appunto che così non è, mentre anche quella che ho avvertito come un'emicrania molto forte è svanita; e mi rendo conto allora che si tratta di un effetto dell'incontro con Paola, molto vicino a un effetto di "residui diurni" sperimentati in stato di veglia. Dunque, a sorpresa e fuori dello spazio e del tempo della seduta si tratta della "paziente", o meglio di ciò che in fin dei conti resta enigmatico di questa modalità di attivazione in me di un funzionamento inconsueto (un "quiz ostico"?), al di là di ciò che la lettura della scuola kleiniana ha proposto per questo tipo di impatto controtransferale. Ed oscuro è il fatto che un formarsi di qualche idea sulla paziente comporti la partecipazione di un dolore nella sfera somatica e di una fantasia teorica affine all'elaborazione secondaria, ma delirante, perché finché non mi tocco, sia pure per un istante ci credo.

L'attivazione di aree di "non sapere" sollecitate secondo una modalità somatosensoriale e/o delirante mi sembra una delle possibili caratteristiche di quella che all'inizio accennavo come la tensione con la quale l'analista viene confrontato. Così come la percezione di estrema intensità degli affetti o viceversa di un dima di siderazione, qui già evidenziatasi nel colloquio.

Un'altra di tali caratteristiche mi sembra il modo in cui si viene formando nella mente

Lacune

Lacune, quando a causa dell'insostenibilità del transfert in alcuni momenti cruciali i vissuti scissosi si dislocano fuori dell'esplorabilità del campo analitico nei termini del lavoro di associazione e interpretazione: il setting a una seduta può accentuare il rischio che dalla lacuna si passi alla perdita per la psiche, almeno in quel momento cruciale, ma può viceversa fungere anche da promemoria di questa possibilità.

Inizialmente parlavo di una questione trasversale posta da questi pazienti, ossia quella di essere pensati ed ascoltati in funzione della loro discontinuità e lacunosità. La qualità dell'incontro con Paola, nel suo impatto iniziale, pur se in parte appare potersi stemperare nel corso del cammino, mi sembra permeata della proposizione pervasiva di un "tutt'uno". Il che, direi, verte proprio su tale questione trasversale: nella prima comunicazione ("voglio andare in pensione per accudire mia figlia") Paola parla alla lettera da un posto in cui è difficile discriminarla dal genitore che accudisce la sorella. È solo nel seguito del colloquio che si profila un legame tra quest'idea di pensionamento ed una possibile fantasia di riunirsi a qualcuno che se n'è andato, che è a sua volta "in pensione".

Una discontinuità di funzionamento si può vedere del resto proprio nell'alternarsi di momenti in cui si prospettano possibili fantasie e momenti in cui si prospettano possibili agiti. E mi pare che questa qualità disomogenea sia presente anche nello stile comunicativo di Paola, che in parte dice (o tace) e in parte più propriamente si può forse dire che agisca con le parole o con il silenzio.

Parimenti mi sembra si possa dire che l'ascolto dell'analista venga interessato in casi come questo secondo una modalità disomogenea: in parte conserva la sua praticabilità l'attenzione fluttuante con la sua caratteristica di ricezione selettiva all'interno di un campo associativo, e in parte si presenta la necessità di un ascolto e di una elaborazione di risposte interne all'analista che sono al di fuori di questo campo, e che sono comunque pensabili come "echi" di aspetti della relazione con il paziente.

La mia reazione serale mi sembra infatti registrare l'aspetto agito della qualità dell'incontro, col riprodersi di una discontinuità dell'esperienza psichica. L'implicazione del corpo e del pensiero delirante mi paiono potersi intendere come echi di una non pensabilità, che potrebbe condurre ad una forma di agito fuori dell'ambito comunicativo. In tale non pensabilità si può forse ritenere operante

maggiore pertinenza dell'analista - essa si prospetta come metafora di un'idea permeata di desiderio, come potrebbe essere quella di far nascere il soggetto psichico, o quella di mettere in luce, di chiarire il senso (tutt'altro che "ovvio") di una parte immobile, non vitale. Ma essa si prospetta anche come metafora di un possibile agito, di maggiore pertinenza della paziente: partorire o mettere comunque in essere una parte immobile e non vitale (il lato sinistro è un'eco forse anche linguistica del possibile "sinistro" automobilistico che mi spaventa attraverso le parole di Paola. Temo infatti che la "pratici" con cui Paola dice di non avere problemi sia anche la familiarità con l'agito). In questo senso la mia reazione mi sembra riecheggiare quella che chiamerei la condensazione agita nella prima comunicazione di Paola, tra il posto (il "lato") della madre - o del genitore - e quello della figlia. Se la condensazione è in sé espressione di una tendenza a unire, sul piano comunicativo mi pare che essa possa intendersi come espressione di una tendenza ad agire nel senso di porgere come univoco e piattamente unidimensionale (in una parola "impoverito") il senso del contenuto della comunicazione. Mentre su questo stesso piano comunicativo il movimento nell'analisi è anche intrinsecamente una pratica della multidimensionalità del senso.

La plasticità e l'assertività della forma rappresentativa di reazioni come la mia, simili a quelle del sogno, mi sembrano insomma in generale potersi intendere come echi di un possibile agito operante in un modo o nell'altro nella fantasia inconscia incontrata nella relazione con il paziente.

Eccessi

Eccessi, come nell'esempio descritto, dunque quanto mai bizzarri, eppure spesso dotati della forza di convinzione che si tratti di fenomeni di accesso alla relazione con l'oggetto-paziente, della loro pertinenza ed attinenza in questo senso al controtransfert. L'espressione "forza di convinzione", che significa qualcosa di più e di diverso dall'attendibilità che si può attribuire ad una congettura, è volutamente mutuata dal testo freudiano *Costruzioni nell'analisi* (Freud 1937, 550-552), dove questo testo pone una questione che è al centro del problema dei limiti dell'analizzabile: ossia quella dell'intrico, dell'imparentamento delle varie produzioni psichiche, che coesiste con la loro irriducibile diversità.

A quest'espressione "forza di convinzione" accosterei l'asse pressione - seduzione (e, *not least*.

Il formarsi dell'immagine del paziente nella mente dell'analista

problema formulato da Israel "cosa avviene della psicoanalisi" andrebbe riformulato nel senso di "cosa avviene del paziente e/o dell'analista" in quanto è agito.

Richiamandosi alla teorizzazione di Laplanche (1987) sulla seduzione esercitata dai messaggi enigmatici parentali sul bambino, Israel mette in luce la problematicità delle formulazioni dell'analista al paziente, ad esempio l'inopportunità di interpretazioni precoci (o, potremmo aggiungere, comunque eccessive) che possono intensificare le scissioni in quanto non possono che essere intese come ripetizione dei messaggi enigmatici parentali, finché non siano integrabili.

Io riterei opportuno estendere la considerazione di tale problematicità anche riguardo all'aspetto di costruzione-formulazione mediante pensieri e parole, e i loro antecedenti, dell'immagine che l'analista fa del paziente dentro di sé. Tale considerazione può evidenziare l'aspetto di reciprocità della pressione - seduzione sotto stante alla più evidente asimmetria del rapporto tra paziente e analista: pressione di un'entità negata alla psiche, realtà "altra", e contropressione di un linguaggio, un pensiero, un'attività rappresentazionale non assimilabili. Entità che - personificate innanzitutto nel "paziente" e nell'"analista" - si presentano enigmatiche l'una per l'altra, dando ragione della lentezza e difficoltà della sedimentazione di un'immagine del paziente "difficile" nella mente dell'analista.

Per inciso, una possibile lettura del percorso che l'analista deve compiere in direzione del riconoscimento della realtà psichica del paziente, della sua aggettivazione, anche se a mio avviso il suo modo di porsi ne deve essere permeato fin dall'inizio, si può trovare nel posto intermedio che Bion (1950) assegna alla capacità di personificare le aree scisse della mente, tra la capacità di immaginare e quella di vedere.

La tensione verso l'oggetto, e dunque anche quella verso l'aggettivazione del paziente, muove dal desiderio, ed una fantasia fusionale non ne è certo estranea in nessun caso. E inoltre senza una quota di illusione, e dunque anche di "collusione" in senso etimologico, come sovrapposizione di due aree di gioco, come insegna Winnicott (1971), non si dà spazio al procedere nell'analisi: ciò finché la remuneratività cui il paziente può proporsi inconsciamente di tendere nell'analisi può "essere" soltanto nel registro dell'onnipotenza. Ma l'abbaglio sul quale può fondarsi una collusione che invece ostacola il processo analitico può profilarsi secondo me nella pressione -seduzione esercitata

Il formarsi dell'immagine del paziente nella mente dell'analista

In questo senso riterrei che la “forza di convinzione” che può talvolta accompagnare un’idea del tipo “ho fatto posto nel mio corpo a dei contenuti scissi del paziente (inteso come entità distinta) sia un fattore che segnala la necessità di un’ulteriore elaborazione. Nel mio esempio, sono portata a pensare che essa vada piuttosto ascritta alla pressione della forza “affettiva”, della forza dell’investimento inconscio, che si accompagna alla fantasia di un “tutt’uno”, intesa come un’area relazionale desueta e perduta. Un passo in più, ossia una cattura da parte di una seduzione trasmessa dall’area di assenza del soggetto psichico, fantasticata come apportatrice di una ricchezza “altra”, potrebbe essere intesa sul piano difensivo come anestetizzante rispetto alla grande sofferenza che avviene trasmessa da questa stessa mancanza o povertà di essere.

Il problema per l’analista mi sembra dunque quello di poter dare un luogo mentale all’intensità degli affetti irrepresentabili, o alla loro condensazione in un tutto indistinto, con una ricerca costante delle condizioni di elaborabilità.

Quello che avviene a breve termine con Paola è che i miei vissuti in sua assenza, lì davvero una troppa presenza, trovano un puntuale riscontro nella sua narrazione diretta. L’invalidità fisica della sorella, a quanto mi narra in questa fase, consiste proprio in un’emiplegia, conseguente forse ad una meningite postnatale, della quale la madre di Paola dà una spiegazione univoca, che incontra la perplessità della stessa Paola. La madre sostiene che tutto è cominciato a causa dell’intolleranza della figlia per il suo latte, cui ha fatto seguito una concatenazione fatale di malattie fino a quella definitiva nel suo destino.

Riguardo a quest’area comunicativa che pervade il setting, e che forse si può pensare intessuta di agiti comunicativi più o meno percettibili, quello che è importante credo sia il fatto che l’analista parta dalla consapevolezza che riscontri di questo tipo sono eterogenei rispetto al registro di una verità storica intesa come realtà esterna.

Io vedrei piuttosto il loro valore di strumenti utili ed importanti quando vengano ricondotti al campo (impervio) di una costruzione analitica comune, permeata di una soggettività messa in comune, che tende a configurare un possibile accesso alla realtà psichica del paziente, e dunque ad un possibile lavoro comune.

Su questo terreno io credo sia importante valutare quanto tali risonanze possano afferire ad una

(da un lato, e lacunosa dall'altro) come ad una reazione riparatrice di una ferita narcisistica grave di madre e figlia, anziché subirlo come una proposizione assoluta, "circondata dal silenzio".

Ritmo e ragioni di realtà

L'ultimo elemento che vorrei sottolineare, e che entra in gioco con Paola, verte direttamente sul ritmo: mi riferisco alla proposizione di circostanze estreme che impongono la praticabilità di un ritmo non frequente, ancora una volta al di là delle considerazioni che si possono fare sulla sua opportunità. Questa proposizione di circostanze estreme cocenti rafforza il senso di un "esterno" allo spazio del rappresentabile, un "bianco" nel senso di Green e Donnet (1973). Il ritmo unisettimanale impone in modo privilegiato l'assunzione del confronto con questa "presenza di assenza", e il rischio di collusione. Anche riguardo a questo, il problema di "che cosa avviene della psicoanalisi" dipende credo dalla valutazione di quanto questi elementi caratteristici del caso trattato a una seduta possano divenire strumenti di un lavoro finalizzato alla produzione del senso.

Nel caso di Paola, si può ipotizzare una distorsione del senso della presenza e dell'assenza correlata con una distorsione dell'apporto dell'oggetto nella strutturazione dello psichismo.

Ma riguardo a ciò credo sia importante distinguere la fantasia sul setting dall'esperienza del setting, anche a una seduta, che s'instaura nella durata anziché all'inizio del rapporto, e che può lavorare contro questa distorsione anche con il ritmo unisettimanale. Più specifica mi sembra al riguardo la questione della modulazione del tempo e della qualità dell'intervento dell'analista.

Un momento nel seguito del lavoro con Paola sul quale vorrei soffermarmi per il suo carattere cruciale è quello della riproposizione del ritiro nel transfert, che mi mette in grande allarme, pur se non è assoluta. Non è assoluta proprio perché Paola, che appare avere acquisito una certa consuetudine all'osservare ciò che le capita, viene regolarmente e in qualche modo ne narra. Narra di cadere in sonni sempre più lunghi e profondi, mentre l'attività associativa, tutt'altro che ricca in generale, sembra veramente svanire, e le mie sollecitazioni restano senza risposta. È il silenzio ad occupare le sedute con Paola, senza che d'altronde vi sia insostenibilità radicale della mia parola, né io mi senta particolarmente paralizzata, grazie, credo, proprio alla constatazione della regolarità dei nostri incontri. Finché un giorno mi dice che durante il sonno da cui si è faticosamente alzata per venire ha

“la voce materna in quanto attributo del seno”, come la definisce la Aulagnier (1975, 132), che diviene “segno del desiderio materno”. Mentre su questo scenario secondo l'autrice il silenzio può diventare lo schermo di una “proiezione sul seno-mondo, che occupa lo spazio esterno nella sua globalità, di un rifiuto di piacere per la psiche, rifiuto di piacere equivalente per essa a un rifiuto che concerne la sua stessa esistenza. La psiche in questo caso incontra il rifiuto del mondo, si scopre confrontata con un ritiro dell'esistente nella sua globalità)” (*ibidem*, 133-134).

Questo punto di vista della Aulagnier su ciò che lavora nel silenzio contro il principio del piacere consente di compiere una riflessione sulla complessa asimmetria che permea, all'interno del silenzio, la differenza tra il silenzio dell'*infans*, che non esclude l'ascolto, e quest'altra, distruttrice, qualità del silenzio..

Ma come ascolta *l'infans*? Io sono portata a pensare che nelle formulazioni verbali dell'analista sia talvolta la voce a sostenere una contrapposizione alla parola “ostica”: voce come suono del corpo, e unico suono del corpo che sopporta l'insistenza della parola, proprio perché da sempre ne è il veicolo.

Bibliografia

- AULAGNIER, P. (1975) *La violenza dell'interpretazione*. Borla, Roma 1994.
- BION, W.R. (1950) Il gemello immaginario. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicanalitico*. Armando, Roma 1970.
- FREUD, S. (1937) Costruzioni nell'analisi. *OSF*, 11.
- GREEN, A., DONNET, J.L. (1973) *La psicosi bianca*. Borla, Roma 1992.
- ISRAEL, P. (1994) On formulations to patients. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 1051-1067.
- LAPLANCHE, J. (1987) *Nuovi fondamenti per la psicoanalisi*. Borla, Roma 1989.
- PONTALIS, J.-B. (1977) *Tra il sogno e il dolore*. Borla, Roma 1988.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

dell'analizzabilità in questi casi viene considerato nella prospettiva di un lavoro di esplorazione dei limiti della metodologia analitica e delle possibilità di renderla più adattabile al paziente "difficile".

Summary

This paper takes into consideration the experience of an once-a-week setting and, through the examination of a patient's case, some arguments contributing to the choice of the above weekly attendance lag are pointed out as well the purpose is to highlight the quality of the interaction with patients who approach the analytical tool differently from how it is usable when dealing with neurotic pathologies. The analyzability problem, in these cases, is seen in prospect of exploring the limits of analytical methodology and the possibility to make it more suitable to "difficult" patients.

LUCIA SCHIAPPOLI
Via Rovigo, 14
00161 Roma

SEMINARI

In questa nuova Sezione della rivista pubblicheremo una versione rielaborata di alcune delle relazioni presentate in occasione dei Seminari periodici organizzati dalla S.I.P.P. per i Soci e gli Allievi dei Corsi di formazione.

I lavori che seguono vennero discussi nel Seminario su “Valenze evolutive del concetto di gelosia e sue differenziazioni critiche da quello di invidia”, tenutosi a Roma il 18 novembre 1995.

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

PAOLO DI BENEDETTO

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

Introduzione

Da qualche anno un tema di ricerca che suscita in me grande interesse riguarda l'esistenza di nuclei o stati autistici in pazienti non psicotici. Col tempo, ho potuto individuare sintomi, fenomeni clinici e transferali legati all'autismo in pazienti con quadri clinici molto diversi (con aspetti prevalenti di tipo border, psicosomatico, perverso, fobico-ossessivo, isterico). Oggi ritengo di condividere in pieno le osservazioni di Bertolini e Neri (1992) e le teorizzazioni di Ogden (1989) su questo tema.

I primi fanno riferimento alla presa in carico di pazienti indifferenti al bisogno dell'altro, il cui funzionamento psichico è basato sul diniego anziché sulla negazione. Per questi pazienti la rimozione non si è mai verificata, perché non è stata registrata nella psiche alcuna consapevolezza dei propri bisogni: siamo nell'ambito delle psicosi e degli stati autistici.

In questi pazienti quasi nulla viene integrato; poiché la non comparsa della rimozione non ha consentito la distinzione tra coscienza e inconscio, neppure il transfert può esistere. Bertolini e Neri ribadiscono con forza l'esistenza di una lacuna: "Non è sempre acquisita nella cultura psicoanalitica, e men che meno nella cultura psichiatrica, questa *distinzione di base per situazioni pre e post rimozione primaria*" (corsivo mio), cioè prima e dopo l'investimento dell'oggetto, investimento che fornisce la base su cui camminano le altre patologie psicotiche.

Rimanendo aperto a cogliere, nella vicenda terapeutica, ciò che potesse riferirsi a stati o nuclei autistici, ho sentito di poter toccare, con i pazienti, dei «momenti di verità» cruciali, una fino ad allora impensata - «sponda» del campo terapeutico, che in vari modi manifestava una predominante qualità: l'assenza dell'investimento oggettuale.

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

mento di sé si costruisce sul ritmo della sensazione, in particolare delle sensazioni epidermiche”. Ritmicità ed esperienze di contiguità sensoria contribuiscono, secondo questa modalità, a costituire la pili antica organizzazione psicologica. Le prime esperienze di contiguità sensoriale “definiscono una superficie su cui l’esperienza si genera e si organizza (prodromi di ciò che diventerà un senso dello spazio)” (pp. 40-41). Tale modalità di esperienza fornisce la “base” sensoriale, con l’associato sentimento di continuità, di ritmicità e di finitezza.

Ma quello che più caratterizza la teorizzazione di Ogden è l’affermazione della permanente dialettica fra le tre posizioni.

“La psicopatologia può essere pensata in termini di collasso della ricchezza e articolazione dell’esperienza generata tra queste polarità. Il collasso può avvenire in direzione del polo contiguo-autistico, di quello schizo-paranoide o di quello depressivo. Il collasso verso il polo contiguo-autistico provoca asservimento alla *tirannia meccanica* di tentativi di fuga nella sensorialità, attuati affidandosi a rigide difese autistiche, di fronte all’angoscia di un vissuto senza forma. Il collasso verso il polo schizo-paranoide è caratterizzato da chiusura in un mondo non soggettivo di pensieri e sentimenti sperimentati come semplici accadimenti, minacciosi o protettivi, che è impossibile fare oggetto di riflessione o di interpretazione. Il collasso in direzione del polo depressivo implica una forma di isolamento del soggetto dalle proprie sensazioni corporee e dall’immediatezza dell’esperienza vissuta, ciò che lo lascia privo di spontaneità e di vitalità” (p. 51).

Il senso delle affermazioni di Ogden è che ogni posizione è indispensabile alla crescita personale poiché apporta degli elementi specifici senza i quali l’articolazione della vita psichica si impoverisce o evolve verso la psicopatologia.

Il ripiegamento autistico, quando assume delle caratteristiche sensoriali, può rappresentare a livello distorto (ripetitivo, bloccato, segreto) il modo in cui si presenta il bisogno di integrare sensazioni corporee slegate e spezzettate, cosicché possano dar luogo a un insieme (un ritmo, una forma). Questo bisogno di ritrovare una forma, e in seguito una rappresentazione, del nostro corpo mi sembra inesauribile e compare in molte delle attività che esercitiamo: dalla cura estetica di noi stessi alle più varie attività fisiche, sportive, artistiche, compresa la danza. Nei pazienti che vivono stati autistici, o con nuclei autistici, ho trovato spesso che vi è una rappresentazione del corpo e delle sue

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

to del funzionamento corporeo: un dolore, un gonfiore, una vertigine) o anche attraverso la chiusura nel pensiero «automatico», e la realizzazione di rituali ossessivi.

In un articolo che, affiancando il lavoro della Tustin, aprì la strada alla ricerca in questo specifico settore, S. Klein (1980) osservava che anche uno sviluppo precoce e ipertrofico del linguaggio può essere “in parte una difesa contro sottostanti sentimenti di vuoto e non esistenza, e in parte il superamento dell’angoscia che il bambino prova perché i suoi primitivi sentimenti non sono capiti e contenuti”; il linguaggio si pone al servizio della non-comunicazione e dell’impenetrabilità, dato che in questi momenti (o stati) autistici “ciò che non viene comunicato non sono soltanto i sentimenti aggressivi ma anche quelli d’amore, che accompagnano la crescita del senso di separatezza e dell’associato senso di responsabilità per il sé e per gli oggetti” (traduzione mia).

Una delle aree di ricerca suscettibili di maggiori approfondimenti mi sembra quella dei *fenomeni che possono segnalare l’uscita dal guscio del nucleo e dello stato autistico*; ne ho finora individuati due: un rafforzamento dei comportamenti imitativi e la comparsa di un bisogno di possesso esclusivo, perenne, assoluto. In questo contributo intendo soffermarmi sul bisogno di possesso, esplorandone i collegamenti con la gelosia e l’invidia.

Il bisogno di possesso assoluto è una tappa naturale dello sviluppo che si può ritrovare con particolare evidenza in pazienti con aree o nuclei autistici. Quando si manifesta può assumere una valenza positiva in quanto elemento vitalizzante, che dà forma e forza ad altri affetti (tipicamente: esclusione/gelosia, nostalgia, rabbia e odio). Il paziente si sente attivo, desiderante, e in questo forte movimento verso l’oggetto-terapeuta inaugura, di solito, contatti con aree del mondo interno ed esterno prima precluse.

Riflettere sulla questione del possesso esclusivo spinge a riflettere sulle differenziazioni e sui legami tra questo vissuto e la pulsione di dominio, il controllo, l’avidità, l’invidia, l’avarizia, l’amore, il comportamento di attaccamento.

In questo lavoro vorrei principalmente:

a) indicare come il bisogno di possesso totale e la relativa gelosia sia un elemento molto importante che può segnalare l’uscita da stati autistici;

b) accennare a delle riflessioni nate da questo elemento clinico, nel quale mi sono imbattuto,

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

c) considerare il posto, il peso e il significato del vissuto di gelosia possessiva da parte del terapeuta, rilevando come a questo vissuto sia dato scarso spazio in letteratura.

L'uscita dal guscio autistico e i relativi fenomeni

Vorrei fare un parallelo, che non è certamente del tutto calzante ma può rendere abbastanza conto dell'atteggiamento con il quale mi avvicino a quest'area. Il parallelo sarebbe con il lavoro di un antropologo che conosce l'esistenza di gruppi isolati, assolutamente impenetrabili e che, al momento in cui sarà possibile entrare in contatto con quell'isola sociale, per un periodo di tempo limitato può osservare che cosa succede, con che modalità un'isola perde le sue connotazioni di segregazione. Per venire a noi, ritengo che porre attenzione all'uscita da uno stato o alla rottura di un nucleo autistico possa offrire la rara possibilità di osservare (e di vivere, con la partecipazione di cui siamo capaci) il momento in cui un'isola psichica «preistorica» entra a contatto con il continente psichico.

Le modalità attraverso le quali si dispiega questo incontro possono dirci molto sull'origine e le prime articolazioni della vita psichica. Nella breve comunicazione da me presentata in altra occasione (Di Benedetto, 1992) indicavo come, in alcuni casi, avessi osservato in questo frangente un grande rafforzamento degli atteggiamenti e dei comportamenti imitativi (Gaddini, 1969), con una qualità diversa da precedenti difese imitative, perché mirati verso (e non all'esclusione del) l'oggetto, e via via più creativi.

Vorrei aggiungere oggi che, tra i diversi fenomeni clinici che possono segnalare l'uscita dal guscio autistico, uno dei più rilevanti è un vissuto di gelosia molto intenso.

Al momento in cui, per la parte del paziente chiusa in un nucleo o in uno stato autistico, nasce l'oggetto, egli lo sente come qualcosa di essenziale alla sua esistenza, di vitale, che vuole possedere in modo perenne ed esclusivo. Quando la fantasia di possesso perenne non trova riscontro nella realtà, che propone invece una «sospensione», un va e vieni dell'oggetto posseduto, nascerebbe la gelosia, con la fantasia di rivali, una grande rabbia, un sentimento di delusione e di tradimento, una curiosità non «intrusiva», ma piuttosto «possessiva». Nella terapia analitica, sulla base delle precedenti esperienze di continuità e dell'attuale esperienza di contenimento del vissuto di gelosia - sia in termini di valorizzazione del desiderio di possesso totale, sia in termini del suo mitigamento - si può sviluppare il sentimento di appartenenza reciproca. Vorrei sottolineare il *reciproca* perché ritengo

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

tà della madre di adattarsi ai bisogni del bambino. Gaddini (1977) parla di *mutualità primitiva*, particolarmente avvertibile nel trattamento di pazienti con una patologia del Sé.

Mi sembra che si sia dedicato ampio spazio, nei resoconti clinici e nei relativi inquadramenti concettuali, alla distinzione tra invidia nella relazione a due e gelosia nella relazione a tre; ciò può implicare l'accettazione della nozione di invidia primaria, e necessariamente aderisce ad una sequenza evolutiva nella quale sarebbe l'invidia ad apparire per prima. Sono molti gli autori che anche recentemente hanno sottoposto ad una lettura critica la nozione di invidia primaria, e le diverse interpretazioni che ne vengono proposte sono tutte molto interessanti.

Ad esempio, Senise (1992) ritiene che M. Klein concettualizzi, in modo errato, come invidia il crollo di chi non ha parole per esprimere sentimenti quando si trova di fronte a qualcuno che sa stare con i propri affetti, sa dare forma ad essi, può affrontare la loro esplorazione. Egli pensa che questo crollo sia collegato all'idealizzazione della coerenza del mondo interno. "Le nostre capacità sono settoriali, parziali; l'unità e la coerenza del tutto è un mito".

Per Borgogno (1994) non è indifferente - per il riconoscimento del progetto vitale del paziente e delle sue peculiarità riferirsi al danno o al deficit da lui subito piuttosto che al danno o al deficit da lui inferto all'oggetto¹. Egli sostiene che molti pazienti sono stati bambini che-sono stati privati, saccheggianti, spogliati di qualcosa che aveva valore; questi bambini sono stati ridotti ad appendici di qualcun altro contro la loro stessa volontà. In questi casi - di molti pazienti difficili - le angosce e le difese non sono il portato di distruttività ed invidia innate, ma il risultato di "sequenze interazionali inconsciamente assorbite", e possono essere colte nei loro aspetti protettivi ed autocurativi. Questi pazienti sono stati bambini che non solo hanno avuto il ruolo di depositari delle proiezioni genitoriali, ma da cui sono state "estratte" aree di espressività e di esistenza. Bion (1962) parla della *rêverie* materna e del suo fallimento, che può portare all'installazione nel bambino di un seno invidioso, che deruba e spoglia di significato le comunicazioni che riceve. Tale oggetto interno rifiuta le identificazioni proiettive, non comunica, non comprende, fraintende.

Shengold (1994), sostiene che ci sono due invidie, una normale e una più primitiva. Per questo autore, "il soggetto sente che ciò che l'altro possiede era precedentemente suo e gli è stato sottratto: da ciò scaturisce l'invidia primitiva. Egli sottolinea come la gelosia sia basata sull'amore; tuttavia,

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

L'invidia non è presente dal principio: ci vuole almeno un baluginio di consapevolezza psichica e di differenziazione perché esista l'invidia. (Queste due ultime notazioni scombinano del tutto la concezione kleiniana tradizionale dell'invidia primaria, che è ritenuta fondamentalmente innata).

Il punto di vista di Melanie Klein: invidia e gelosia. Alcune osservazioni su *Invidia e gratitudine*

Esula dall'ambito di questo lavoro un esame dell'insieme del libro della Klein; vorrei considerare alcuni aspetti che riguardano le distinzioni ed i rapporti che per prima pose tra invidia, gelosia e avidità. Il mio scopo è di mostrare che le relazioni tra questi sentimenti possono svilupparsi diversamente; in modo particolare, vorrei segnalare che, almeno in certi casi (pazienti deprivati, stati autistici, tendenze perverse), si può ritenere che sia l'invidia ad avere radici nella gelosia possessiva, e non il contrario; e, in secondo luogo, che l'invidia può assumere un'intensità patologica, così da danneggiare ogni possibile interiorizzazione, solo se l'elaborazione e la modulazione della sua base - la gelosia - non è adeguata.

In altre parole, la mia ipotesi è che, almeno con certi pazienti, la strada seguita sia la seguente:

- nascita (o scoperta) dell'oggetto
- bisogno di possesso esclusivo (bramosia, avidità)
- frustrazione
- sentimenti di rivalità, gelosia.

Se la risposta ambientale, a questo punto della sequenza, non è abbastanza buona (per motivi legati all'oggetto o ad interferenze ambientali) può nascere l'invidia; al contrario, se il bisogno di possesso esclusivo, che si condensa nella gelosia, viene accettato, gradualmente mitigato e integrato, passando sullo sfondo, la relazione d'oggetto procede senza essere danneggiata dall'invidia. In un tale contesto, l'invidia non dipende da dotazioni naturali, ma dalla risposta ambientale al bisogno di possesso esclusivo².

Per M. Klein l'invidia è un sentimento di rabbia perché un'altra persona possiede qualcosa che desideriamo e ne gode. L'impulso invidioso mira a portargliela via o a danneggiarla. Implica il rapporto con una persona, è riconducibile al primo rapporto esclusivo con la madre.

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

Per danneggiare o distruggere il seno, chi prova invidia cerca inoltre di mettere ciò che è cattivo (le parti cattive del Sé), nella madre e in primo luogo nel seno, per danneggiarlo e distruggerlo.

Essa postula:

a) un'*invidia primaria* verso il seno che nutre, seno che possiede tutto il bene (e la gelosia si radica in questo tipo di invidia);

b) un'*invidia successiva*, edipica, concentrata non sul seno "ma sulla madre che riceve il pene del padre, che ha dentro di sé i figli, che dà loro la luce ed è in grado di nutrirlì".

"L'invidia sorge *anche* quando il bambino non riceve abbastanza nutrimento".

Per M. Klein l'invidia sorge dunque *sia* dalla frustrazione che dalla gratificazione; in questo secondo caso sarebbe la facilità con cui il latte fluisce a far nascere l'invidia, in quanto al bambino questo dono sembra irraggiungibile. Come esempio clinico la Klein porta il caso della buona interpretazione dell'analista che viene in seguito criticata distruttivamente:

"Il paziente invidioso potrebbe anche essere convinto di non essere degno del beneficio dell'analista perché si sente colpevole per aver svalutato l'aiuto che gli è stato dato".

I riflessi di questi processi sul piano dell'introiezione sono importanti. Per la Klein, poiché l'analista e l'aiuto da lui fornito sono stati svalutati dalla critica invidiosa del paziente, questi non può introiettare l'analista come oggetto buono. La sua posizione su questo punto è netta:

"In contrapposizione al bambino che, per colpa della sua invidia, non è stato capace di costituire in modo valido l'oggetto interno buono, il bambino che possiede una grande capacità di amore e di gratitudine stabilisce un rapporto ben radicato con l'oggetto buono [...]".

A mio modo di vedere, in luogo della colpa provocata dalla svalutazione legata all'invidia, con certi pazienti si può pensare che essi non si sentano convinti di essere degni della benevola attenzione dell'analista perché la loro esperienza di bambini testimonierebbe che non erano «degni» di cure; in questi casi si può intendere l'invidia, quando emerge, come una declinazione particolare della rabbia narcisistica; ciò che la provocherebbe sarebbe anzitutto una carenza nella continuità delle cure e nell'attendibilità dell'oggetto, e, in seguito, una carenza nel sostegno, nel rinforzo e nel rispecchiamento narcisistici. Io ritengo che, almeno con certi pazienti, la carenza di cure adeguate non abbia consentito di introiettare un oggetto buono; questa carenza si riflette a tutti i livelli, suscitando i

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

“[...] l’internalizzazione avida disturba il rapporto con l’oggetto. Mentre nel buon rapporto con l’oggetto interno ed esterno predomina il desiderio di conservare e risparmiare l’oggetto stesso, nel rapporto avido ed invidioso il bambino sente di dominare e prosciugare il seno, e quindi di danneggiarlo”. E conclude affermando che la mancata costituzione di un sé e di un oggetto buoni porta al disinteresse per sé e per l’oggetto e all’incapacità di riparare³.

Coerentemente con questa impostazione, l’intensa possessività è sentita dalla Klein come gravida di conseguenze negative:

“Una possessività esclusiva e violenta trasforma l’oggetto buono in un persecutore distrutto (...) mentre invece una certa tolleranza nei riguardi della persona amata viene proiettata sugli altri, che diventano così delle persone amiche” (p. 88)

Possiamo ritenere, seguendo Winnicott, che questa trasformazione non avvenga necessariamente se l’oggetto mostra di poter resistere all’ostilità e all’aggressione; ciò fa nascere la fiducia. (L’interazione con l’ambiente ha sempre scarso peso per M. Klein).

In taluni casi ho potuto inoltre osservare che un nascente desiderio di riparare che non trovava la via per esprimersi poteva mutarsi e palesarsi come avidità eccessiva («ti chiedo tutto perché non so dare nulla»). Man mano che veniva interiorizzata un’immagine buona del sé e dell’oggetto, l’avidità diminuiva e si sviluppava la capacità di riparare.

Tra invidia e gelosia esiste un legame diretto. Secondo la Klein, “la gelosia nasce dalla diffidenza e rivalità verso il padre, che è accusato di aver portato via il seno, e la madre stessa”. Tale rivalità caratterizza gli stadi precoci del complesso edipico (36 mesi); se il rapporto esclusivo con la madre è disturbato troppo presto, entra prematuramente in gioco la rivalità col padre.

Nelle pagine di *Invidia e gratitudine* la distinzione tra gelosia ed invidia non è sempre chiara; mi sembra inoltre presente l’oscillazione tra l’idea di un’invidia primaria da cui sorge la gelosia e l’idea di una precoce rivalità e gelosia, da cui può sorgere l’invidia. Ad esempio, in questo passo M. Klein riafferma che è l’invidia a presentarsi per prima:

“La gelosia, come sappiamo, è insita nella situazione edipica ed è accompagnata da odio e desideri di morte. Ma di solito l’acquisizione di nuovi oggetti d’amore - il padre e i fratelli - ed altri compensi che l’Io in corso di sviluppo trova nel mondo esterno, mitigano in parte la gelosia e il ri-

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

In altri passi la distinzione tra gelosia e invidia viene a mancare e le due sembrano confondersi, come in questo:

“Per quanto riguarda il bambino, una gran parte di odio viene riversata sul padre che è oggetto di invidia in quanto possiede la madre: si tratta della tipica gelosia edipica”.

Tra i diversi autori che hanno ripreso le tesi sostenute dalla Klein, criticandole e/o sviluppandole, D. Winnicott e D. Meltzer meritano particolare attenzione.

Alcune notazioni di D.W. Winnicott e di D. Meltzer.

Winnicott (1959) ha scritto una recensione sul libro della Klein e inoltre ha approntato tre altri contributi, mai pubblicati e ora riportati in Winnicott (1989), assieme alla recensione, sotto il titolo complessivo ‘Il concetto di invidia in Melanie Klein’. Le sue posizioni, già espresse in altri scritti, sono qui proposte in modo più articolato.

La prima critica che egli muove riguarda la possibilità di situare l’invidia all’inizio della vita. Per lui ciò non è possibile, perché l’invidia implica un alto livello di organizzazione dell’Io; in secondo luogo, la teorizzazione kleiniana introduce, con l’invidia, l’idea di un’aggressività ereditaria (che si riallaccia al freudiano Istinto di morte). Contro questa visione dell’aggressività ereditaria il contributo di Winnicott⁵ consiste nell’affermare l’esistenza dell’impulso d’amore primitivo; in esso è intrinseca una qualità distruttiva, anche se lo scopo del bambino non è quello di distruggere (siamo in una fase di pre-spietatezza). E c’è anche un’altra radice di aggressività, la risposta all’interruzione della continuità dell’essere. Infine, Winnicott sottolinea la valenza relazionale dell’invidia: “Quando le buone qualità della madre sono disponibili per il bambino, non c’è posto per l’invidia e la questione dell’invidia non si pone. Secondo questo punto di vista, l’invidia non ha radici profonde nella natura del bambino e appare soltanto come reazione al fallimento adattivo della madre” (cit., p. 471). In alternativa a questa situazione, quando le cure materne oscillano tra l’essere buone e il non esserlo, il bambino sente minacciata la continuità del Sé: allora “invidia il seno buono o lo distrugge quando gli si presenta in modo tale da non poter contenere le sue proiezioni” (cit., p. 478).

Meltzer (1967), commentando il pensiero della Klein, ritiene che la distinzione e il rapporto tra invidia e gelosia siano più complicati di quanto da lei indicato. La sua distanza dalla teorizzazione

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

su una relazione onnisciente col corpo della madre (...). Non si tratta di una gelosia vera, ma di una rappresentazione errata di un atteggiamento invidioso nei confronti delle figure degli adulti” (p. 47)⁶.

Tale gelosia delirante è legata ad un senso di ingiustizia (=gli altri godono e mangiano e io no) e al terrore come forma di angoscia persecutoria.

b) *una gelosia possessiva, come amore primitivo*, orale e per oggetti parziali; si avvicina all’invidia del seno che nutre se stesso (M. Klein). È stata osservata con straordinaria intensità nei bambini autistici e nei bambini con maturazione molto lenta. Per Meltzer questo significa il desiderio di restare bambini o di morire (=tornare a dormire dentro la madre). A questa gelosia primitiva e possessiva è legata una massiccia identificazione proiettiva. Nella fase del processo psicoanalitico contrassegnata dalla confusione delle zone dominano l’eccitazione sensuale, il possesso del seno, l’idealizzazione.

L’eccitazione sensuale ricerca il contatto corporeo e uno stato di mutua esclusività.

In questa fase il possesso del seno è essenziale per la sua capacità di ristabilire gli oggetti della realtà psichica; il paziente ne idealizza la bellezza e ne vuole il possesso esclusivo. Il seno è la somma di tutte le bellezze (e le bontà) e bisogna possederlo, trattenerlo e difenderlo.

Nella fase successiva (soglia della posizione depressiva), il seno produce amore ma non ancora la forza sufficiente per difendere questo amore: il possesso dell’oggetto è così nascosto ai rivali voraci e sprezzanti.

Il contributo di alcuni altri autori: H. Searles, F. Tustin, A. Alvarez

In Searles (1979a) troviamo una prima accurata descrizione del ruolo e del significato della gelosia, legata alla fase di simbiosi ambivalente⁷. Ad un certo punto del trattamento, dice Searles, si ha l’impressione che la relazione terapeutica sia una relazione di gruppo, nella quale la gelosia costituisce un fattore di complicazione e di grande resistenza. Il paziente si sente geloso quando una parte di lui si sente accantonata da un’altra parte di lui alla quale l’analista risponde. (Il sé di questi pazienti è composto di un’accumulazione di introietti mal integrati).

La gelosia provata suscita un selvaggio desiderio di vendetta verso «i due» e la loro relazione

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

Il terapeuta simbiotico della madre, il bambino tenta di rendere «totale» una madre dall'Io frammentato e pieno di gelosia introiettando e prendendo su di sé questo sentimento.

Searles considera l'apparire della gelosia come una difesa inconscia contro la fusione terapeutica necessaria che si sviluppa nella simbiosi pre-ambivalente, fusione che spaventa sia il paziente che il terapeuta. Superato questo duro scoglio, si può aprire la relazione pre-ambivalente. In Searles (1979b) il tema della gelosia intrapsichica, di come si manifesta, del significato che assume e di come il terapeuta la può affrontare, tenendo conto della fase in cui si trova il paziente, è sviluppato più ampiamente. Qui Searles ribadisce che i pazienti schizoidi e/o con stati autistici sono così strutturati per difendersi anche dallo sperimentare la gelosia.

E, poco più avanti: “Se il primo instaurarsi di oggetti interni si verifica, nello sviluppo del bambino, in una situazione o in un'atmosfera d'intensa gelosia (nella relazione con la madre e con l'intera famiglia), allora è probabile che questa connotazione emotiva si manterrà aderente a ogni successiva elaborazione del mondo interno, a qualsiasi instaurarsi successivo di nuovi oggetti interiorizzati. Tutto il processo di interiorizzazione diventa carico di gelosia⁸ non elaborata che ostacola l'assimilazione e l'integrazione interiore di questi oggetti interni” (p. 100).

Relativamente all'autismo, Searles sottolinea quanto sia importante che l'analista possa sperimentare la sua propria gelosia per le relazioni del paziente con i suoi oggetti interni. Qui si può riprendere ciò che Borgogno (1994) chiama la generosità dell'analista, contraddistinta dalla possibilità di vivere “sensazioni, emozioni e pensieri (includo qui anche l'assenza di sensazioni, emozioni e pensieri) che ordinariamente non gli appartengono ma nascono in lui, nella relazione col paziente; dall'accettare di dipenderne e di esserne influenzato, al fine di poterla capire”.

Anche per Searles le cose stanno così; attraverso questa apertura del terapeuta possiamo sperare che il paziente, a sua volta, sia in grado di emergere dal suo autismo interpersonale e cominci ad affrontare l'esperienza di intensa gelosia contro la quale (tra le altre emozioni dissociate) l'autismo è stato mantenuto come difesa inconscia” (p. 97).

Nell'uscire da uno stato autistico, mi immagino che ci sia un gruppo, un'ondata di sentimenti, che toccano il paziente; ritengo che la gelosia possa essere uno dei primi, aprire i corteo. Ritengo che il lato del paziente che entra in relazione, non distaccato ma partecipe emotivamente, con il te-

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

Tustin (1990) in più punti sviluppa questa tematica, parlando della situazione traumatica di separazione corporea vissuta dai bambini autistici.

“Quando si verifica la brusca consapevolezza della separazione corporea, questi bambini sono sopraffatti da intense angosce, la più grande delle quali è il terrore nei confronti di altri lattanti che rivaleggiano con loro in una lotta mortale per il possesso della madre; il padre è percepito come un bambino eccezionalmente grosso e pericoloso⁹ Questo è il destino che consegue inevitabilmente al vissuto di essere speciali, in quanto parte del corpo materno” (p. 159).

Tale venire a patti con la necessità di condividere il seno materno con altre creature, aggiunge Tustin, è un preludio necessario all’elaborazione e alla consapevolezza del complesso edipico.

Come principale esempio su questo delicato momento di transizione tra l’isolamento autistico e l’avvio di una relazione in cui, sia pure simbioticamente, vi è un investimento di oggetto, Tustin illustra il caso di John. Ecco un esempio di intervento interpretativo incentrato sulla gelosia: “Quando la mamma va via - Tustin va via - Johnny bambino immagina che vi siano bambini guscio d’uovo dentro la mamma Tustin, che tengono il bottone rosso nella propria bocca per tutto il tempo e mangiano uovo-da¹⁰, e questo lo fa sentire trascurato, geloso e angosciato” (p. 171).

Questo bambino usava anche altre espressioni per designare le medesime fantasie, relative a gruppi di rivali che gli contendevano il possesso della madre-analista.

Le fantasie associate all’inizio della sperimentazione della separazione corporea sono designate da Tustin come: *boccata di lattanti*, *frotta di rivali*. È il momento in cui si instaura nei piccoli pazienti la sensazione indistinta che ci siano molte altre bocche che succhiano, attorno alla loro stessa bocca, e che competono per il possesso dell’oggetto vitale essenziale per garantire la sensazione di esistere (p. 42). È un insieme di sensazioni terrorizzanti, che si anima in un delirio per il quale chi lo sperimenta teme di essere spinto fuori dall’esistenza da parte di predatori rivali in gara per conquistare il proprio spazio. Tustin prosegue ritenendo che sia questo delirio la causa scatenante principale dell’autismo”.

Dal mio punto di vista metterei in rilievo che questo vissuto complesso, di cui la rivalità gelosa è l’alfiere, rappresenta il segnale di una prima uscita da uno stato o da un nucleo autistico.

Ogden (1989) descrive il caso di una paziente gravemente schizoide, al quarto anno di analisi,

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

Questi e altri passaggi riscontrabili nella descrizione di Ogden permetterebbero di pensare a questa fase del lavoro terapeutico come alla fase di uscita dall'isolamento autistico, sperimentata per la prima volta e con grande intensità di vissuti persecutori, in cui la gelosia, il senso di perdita del possesso perenne ed esclusivo con l'associato senso di tradimento giocano il ruolo principale.

La prospettiva per la quale il sentimento di possesso, al quale si associa la gelosia con il corteo di affetti che la accompagnano, va «celebrato», cioè valorizzato come espressione di un bisogno naturale, è ben rappresentata nel lavoro di Alvarez (1992). Quest'autrice sottolinea che il concetto di oggetto transizionale, introdotto da Winnicott, si può utilizzare in modi diversi, sia marcandone il significato difensivo contro la perdita, la separazione e la dipendenza, sia valorizzando il fatto che l'oggetto transizionale è la prima esperienza imporrante di possesso indipendente del bambino. In questo stadio intermedio dello sviluppo, continua Alvarez, il bambino fa l'esperienza di un oggetto che gli appartiene, ma fa anche l'esperienza di sé come possessore. L'autrice intende qui mettere in evidenza come tale esperienza sia un punto d'arrivo importantissimo per coloro che hanno vissuto gravi situazioni di deprivazione.

“Una palla, una bambola o un orsacchiotto possono non essere stati posseduti e illuminati da significati simbolici [...]. Il bambino può non avere un'illusione di unicità, può cominciare da una sensazione di vuota desolazione e di nulla-cenere. I suoi primi passi verso la fantasia di possedere, di conquistare un oggetto desiderato, di compiacerlo, di attrarlo, di unirsi ad esso, devono essere accolti con interpretazioni che riconoscano non l'onnipotenza, ma il potere e la potenza, non la rassicurazione, ma il bisogno legittimo di certezza. [...] Può allora cominciare ad apprendere non solo le proprietà di oggetti che si assentano, ma anche di oggetti che ritornano, e infine le proprie capacità di farli tornare. Abbiamo bisogno di simboli per i tramonti, ma anche per i nuovi mattini” (pp. 171-172).

Possessività totale e gelosia nel controtransfert

Il terapeuta è implicato nella possessività totale; deve lui stesso riconoscerla, affrontarla ed elaborarla per dare modo al paziente di uscirne. Questa dinamica è accentuata nel caso di pazienti con aree o nuclei autistici (aree o nuclei che non sono mai entrati in rapporto con l'oggetto), ma è pre-

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

La forma in cui ciò viene espresso può avvicinarsi in qualche caso a quella di un transfert erotico; in altri tale attenzione concentrata sul corpo assume le forme delle più primitive imitazioni; in altri ancora l'oggetto del possesso totale è nel corpo, e si fa sentire in vario modo (dolori concentrati o diffusi, sensazioni localizzate, fenomeni ipocondriaci). Infine, la spinta alla possessività totale può presentarsi più slegata dal corpo, sotto forma di un controllo rigido ed esasperato.

Ciascuna di queste modalità può essere sperimentata - data la 'mutualità primitiva' che contrassegna questa fase della relazione - anche dal terapeuta; inoltre, la sua spinta alla possessività totale si può cogliere, in certi momenti, nella pretesa che il (la) paziente nutra il bambino-terapeuta, che non rompa le regole, in una adesione (spinta all'eccesso) alla regola analitica per cui il (la) paziente, fin dall'inizio, inizia la seduta, parla. Qui forse potrebbero essere adatte le nozioni di avidità e di spietatezza di cui parla Winnicott. In questi climi, l'introduzione di un'osservazione, una domanda, un commento "gratuito" non immediatamente legato al materiale del paziente, fa nascere un sentimento di sollievo, come se il paziente si sentisse liberato da un possesso opprimente.

Il terapeuta è chiamato a distinguere:

- a) in se stesso, tra un'area privata che può non mettere mai a disposizione del paziente e qualche cosa che può mettere a disposizione del paziente;
- b) nel paziente, tra un vero sé che si sente esistente ma che può rivelarsi inattuabile, e un'area o un nucleo autistico che chiude e delimita, ma che interferisce pesantemente con l'evoluzione del paziente.

Nel vissuto del terapeuta si possono trovare elementi per distinguere un aspetto dall'altro.

La gelosia del terapeuta. È legata al bisogno di possesso totale ed esclusivo del paziente; se non viene riconosciuta può dare alcuni esiti:

- sviluppo lungo del trattamento, con pensieri di interminabilità;
- controtransfert in cui si nega la gelosia e la spinta al possesso propri e del paziente, e si evidenzia l'invidia del paziente (spostando la gelosia a "più in là"). Il possesso e la gelosia pienamente riconosciuti implicano il riconoscimento del nostro bisogno del paziente (per quello che il paziente rappresenta di noi o per noi)¹², quindi della nostra dipendenza dal paziente;
- interpretazioni in cui, attraverso un'attenzione eccessiva agli elementi transferali, tutta la vita

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

Riconoscere che la relazione con alcuni pazienti attiva in noi il bisogno di possesso totale, che implica un'assoluta dipendenza, è un punto d'arrivo. Con molti pazienti il sentimento di dipendenza in noi attivato può essere molto intenso; con altri quasi nullo. Sulla strada del riconoscimento prima, e poi del mitigamento del possesso assoluto (uno specifico versante dei processi di illusione-disillusione delineati da Winnicott) si inseriscono molte patologie del paziente, e molte difficoltà del terapeuta.

Note

1. Potremmo considerare l'invidia come espressione del danno inferto all'oggetto, e la gelosia come espressione di un danno subito dal soggetto che perde il possesso totale (fantasticato) dell'oggetto.
2. Rispetto al contributo di Winnicott, che tratteggia la stessa sequenza, io sto qui sottolineando come il processo illusione-disillusione sia, nelle situazioni cliniche indicate, relativo al possesso totale (Di Benedetto 1994).
3. Bion (1962) coglie molto bene questo legame. Sull'avidità egli scrive: "Dato che questa condizione nasce dal bisogno di sbarazzarsi delle complicazioni emotive provocate dall'essere consapevoli della vita, e di avere relazioni con oggetti che hanno vita, il paziente si presenta come una persona incapace di provare gratitudine e interesse sia per sé che per gli altri".
4. Si veda ad esempio 'Le mie opinioni personali sul contributo kleiniano', in D.W. Winnicott (1965).
5. Si veda specialmente 'Aggressività e sviluppo emozionale, in D.W. Winnicott (1958) e 'Lo stato primario dell'essere', in D.W. Winnicott (1988).
6. Ritengo che Meltzer qui stia pagando il suo debito nei confronti della Klein, non riuscendo completamente ad affrancarsi da un primato evolutivo dell'invidia.
7. In questo scritto Searles puntualizza che, nella cosiddetta simbiosi terapeutica, include sia la simbiosi pre-ambivalente che la simbiosi ambivalente.

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

11. Bowlby (1988, p. 3) osserva che il comportamento di attaccamento nel bambino è attivato dal dolore, dalla fatica o da qualunque cosa lo impaurisca, e anche dal fatto che la madre sia o appaia inaccessibile. “Si postula che la funzione biologica di questo comportamento sia la protezione, in particolare la protezione dai predatori”. Il comportamento di attaccamento è accompagnato da emozioni intense, che dipendono dallo stato della relazione tra le persone coinvolte. “Se la relazione è buona, c’è gioia e senso di sicurezza; se è minacciata, c’è gelosia, angoscia e rabbia. Se è stata interrotta, c’è dolore e angoscia” (p. 4). La perdita del possesso totale implica che la figura di attaccamento non sia sempre disponibile; quindi c’è un aumento del rischio di dolore o di pericolo. Da qui la paura di perdita (p. 28). La collera che nasce, insieme all’angoscia, di fronte alla minaccia di abbandono, dovrebbe dissuadere la figura di attaccamento dal mettere in atto la minaccia di separazione.
12. Klauber (1984) sottolinea che l’analista ha bisogno del paziente per fissare e comunicare i propri pensieri, “compresi quelli più riposti riguardanti problemi intimamente umani”; di tali problemi, nella stessa forma, non si dà analogia condivisione né con colleghi né con il coniuge.

Bibliografia

- ALVAREZ, A. (1992) *Il compagno vivo*. Astrolabio, Roma 1993.
- BERTOLINI M., NERI, F. (1992) Problemi teorici e clinici nella psicoterapia delle psicosi infantili precoci. In: *Dalle cure materne all’interpretazione*. a cura di G. Fava Vizziello e D. Stern. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BION, W.R (1962) *Apprendere dall’esperienza*. Armando, Roma 1983.
- BORGOGNO. F. (1994) Spoilt children. L’intrusione e l’estrazione parentale come fattore di distruttività. *Richard e Piggie*, 2, 135-152.
- BOWLBY, J. (1988) *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- DENIS, P. (1992) Emprise et théories des pulsions. *Bull. de la Société Psychanalytique de Paris*, 23, 50-153.

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

- GADDINI, E. (1977) Note su alcuni fenomeni del processo analitico (*ibidem*).
- GADDINI, E. (1984) L'attività presimbolica della mente infantile (*ibidem*).
- JACOBSON, E. (1964) *Il Sé e il mondo oggettuale*. Martinelli, Firenze 1974.
- KIAUBER, J. (1979) *Difficoltà nell'incontro analitico*. Armando, Roma 1984.
- KLEIN, M. (1957) *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze 1969.
- KLEIN, S. (1980) Autistic phenomena in neurotic patients. *Int. J. of Psycho-Anal.*, 61, 395-402.
- LAGACHE, D. (1962) Pouvoir et personne, *Nouv. Rev. de Psychanalyse*, 8, 75-82.
- MARCELLI, D. (1986) *Posizione autistica e nascita della psiche*. Armando, Roma 1991.
- MELTZER, D. (1967) Il processo psicoanalitico. Armando, Roma 1971.
- OGDEN, T. (1989) *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio, Roma 1992.
- PERROTTI, P. (a cura di) (1990) *La concezione psicoanalitica della gelosia*. Teda, Castrovillari.
- RIBEIRO, D. (1971) *Frontiere indigene della civiltà*. Jaca Book, Milano, 1973
- SEARLES, H. (1979b) La gelosia di un oggetto interno, in *Il paziente borderline*. Boringheri, Torino 1988.
- SEARLES, H. (1979a) La simbiosi terapeutica: il paziente come terapeuta, la fase di simbiosi ambivalente e il ruolo della gelosia nella frammentazione dell'Io. In: *Il controtransfert*. Bollati Boringhieri, Torino 1994.
- SENISE, T. (1992) Conferenza presso la Facoltà di Psicologia. Università di Padova, 22/5/92.
- SHENGOLD, L. (1994) Envy and malignant envy, *Psychoanalytic Quarterly*, LXIII, 615-640.
- SIRACUSANO, A., DE RISIO S. (1990) Sulla gelosia, In: Perrotti, P. (a cura di) *La concezione psicoanalitica della gelosia*. Cit.
- TUSTIN, F. (1981) *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma 1983.
- TUSTIN, F. (1990) *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1991.
- WINNICOTT, D.W. (1953) Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In: Winnicott, D.W., (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, cit.
- WINNICOTT, D.W. (1970), L'esperienza di mutualità tra madre e bambino. In: Winnicott, D. W. (1989) *Esplorazioni psicoanalitiche*, cit.

Gelosia, invidia e problemi di controtransfert: una rilettura a partire dagli stati autistici

WINNICOTT, D.W. (1988) *Sulla natura umana*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

WINNICOTT, D.W. (1989) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

Riassunto

L'autore si sofferma sul bisogno di possesso esclusivo ed assoluto quale importante segnale di uscita dagli stati autistici. A partire da ciò viene messa in discussione la sequenza invidia-gelosia e vengono indagati i significati ed il valore della spinta al possesso esclusivo, con la relativa gelosia, e dell'invidia (con riferimento a vari autori). In molti quadri clinici, e specialmente con pazienti che hanno vissuto situazioni di deprivazione, il sentimento di possesso e la relativa gelosia vanno celebrati e valorizzati. Ciò implica un impegnativo lavoro di elaborazione del controtransfert in quest'area, per consentire ai pazienti di mitigare la gelosia senza giungere ad una relazione marcatamente invidiosa.

Summary

The authors dwells on the need for exclusive possession as an important signal of recover from autistic states. On this basis, the author brings into question the envy-jealousy sequence and he investigates the meanings and the value of the push to exclusive possession - and the jealousy relevant to it - and of envy (with reference to several authors).

In many anamnesis, especially in the case of patients who have suffered deprivation, the feeling of possession, and the jealousy relevant to it, are to be praised and set off. This involves a hard work of countertransference elaboration in this field, in order to help patients to soothe jealousy without developing a too envious relationship.

PAOLO DI BENEDETTO

Via A. Poccio, 25

35100 Padova

ORAZIO COSTANTINO

Relazione, gelosia e invidia

Hanna Segal (1964) nell'introduzione al pensiero di M. Klein (1957) sull'invidia, così scrive: "L'invidia, sebbene sorga da primitivo amore e ammirazione... è soffusa di istinto di morte. L'invidia si mette in moto non appena il bambino diventa consapevole della mammella come sorgente di vita e di esperienze buone... L'esperienza data dalla soddisfazione... aumenterà il suo amore per essa e il suo desiderio di possederla, conservarla e proteggerla, *ma (corsivo mio)* la medesima esperienza muove anche in lui il desiderio di essere egli stesso la sorgente di tale perfezione, egli sperimenta penosi sentimenti di invidia, i quali portano con sé il desiderio di guastare le qualità dell'oggetto che può dargli tali sentimenti penosi".

Seguirà l'attenta e puntuale analisi del sentimento invidioso del soggetto, ma la lettura successiva del testo lascerà oscuro il perché del momento in cui si verifica il passaggio da un'esperienza di soddisfazione a un'altra di solitudine e di odio mortale anche perché se in questo momento di passaggio la Klein individua nel bambino la consapevolezza dell'esistenza di un oggetto che lo indurrebbe a desiderare di essere simile ad esso, un oggetto che comincia a percepire come alterità rispetto al sé, vuol dire che ci troviamo in una iniziale fase di individuazione e di crescita, per cui il desiderio di somigliare all'oggetto potrebbe essere inerente alla logica stessa dello sviluppo.

Forse che ogni crescita che porta a separazione è sentita come qualcosa di aggressivo dalle parti in gioco? Forse che "il grande peccato di Adamo ed Eva e di Lucifero è stato quello di avere affermato la loro indipendenza da Dio?" (M. Bianco 1981).

È indubbio comunque, per rimanere nelle argomentazioni della Klein e della Segal, maggiore interprete del suo pensiero, che l'esperienza promuovente l'insorgere dell'invidia è da collocare nel momento in cui il soggetto è mosso dal desiderio di essere egli stesso la sorgente della perfezione qual è il seno. Potremmo dire, in termini diversi nel momento in cui il soggetto è mosso dal deside-

Relazione, gelosia e invidia

processi di imitazione fondamentali e necessari ai successivi processi di incorporazione e di identificazione indispensabili alla costituzione della propria identità.

E allora visto che il desiderio di essere simile al seno non è di per sé patologico, vuol dire che la patologia sorge all'interno della relazione madre-bambino, come derivato dal regime di frustrazione e di gratificazione dei suoi bisogni.

Se ogni pulsione ha un suo oggetto specifico e se il modulo basico è quello del rapporto del bambino con la madre, il bambino avrà bisogno del seno della madre così come questa, a sua volta, avrà bisogno di allattarlo.

Ne deriva che ognuno è oggetto dell'altro secondo il concetto di struttura. Essa è, infatti, un insieme di parti in relazione fra loro. Però ogni sua formulazione definitoria non ne coglie la "realtà concreta". "Quando (infatti) si cerca di definire una struttura - scrive Fortes (citato da Levi Strauss) - ci si colloca, per così dire, al livello della grammatica e della sintassi, e non a quello della lingua parlata".

Nel rapporto del bambino con la madre avviene un travaso di libido dal bambino alla madre e dalla madre al bambino: il seno e lo stomaco formando una coppia di vasi comunicanti.

Si verifica una complementarità di bisogni secondo "atti finiti", così come possono anche intendersi le sedute analitiche.

La prosecuzione dell'atto sarebbe nociva e per questo l'odio ha una funzione autoregolamentatrice: se non si odia il seno quando il bisogno è soddisfatto esso ci può distruggere. Secondo Freud (1915) l'odio è la risposta alle minacce dell'io, al servizio della pulsazione autoconservativa. L'atto finito e quindi l'alternanza, crea l'amore quale desiderio dell'oggetto: "libido che va alla ricerca dell'oggetto", come scrive Fairbairn.

Lo spazio fra un atto e l'altro può essere annullato in modo da soffocare il bisogno e quindi l'amore o può estendersi tanto da creare un vuoto assoluto con la sensazione di amare a vuoto.

In presenza di un pieno assoluto e di un vuoto c'è la patologia (Siracusano 1983).

C'è da dire che chi ha sperimentato un vuoto, ricerca, nella relazione, un pieno o un possesso assoluto mai provato.

In ogni caso attiene all'oggetto, come sua qualità, la funzione regolamentatrice del bisogno pro-

Relazione, gelosia e invidia

Forse, in senso estensivo, è pensabile che il concetto di “carenza di cure” debba includere anche la condizione di pienezza assoluta oltreché di vuoto, in quanto entrambe le condizioni esprimono l’assenza nell’oggetto di quella funzione regolamentatrice e di soddisfazione del bisogno che può essere avvertita dal bambino come “quel trattenere, da parte dell’oggetto, di tutto quel bene di cui egli necessita in modo assoluto”, così come viene descritto il sentimento dell’invidia.

In questo caso l’odio non ha più la funzione protettrice dell’io ma acquista una valenza distruttiva nei confronti dell’oggetto anche attraverso la trasformazione dell’amore in odio dovuta ai vissuti di morte e di svuotamento propri della libidorrhagia, come la definisce F. Siracusano, dell’amare a vuoto e dell’impossibilità, quindi, di amare.

Nel dramma *Amadeus* di Peter Shaffer, il musicista Salieri, presso la Corte dell’Imperatore Giuseppe II d’Austria, desidera che l’invidiato Mozart muoia come Dànao che, macchiatosi di un delitto mostruoso, fu incatenato ad una roccia per l’eternità, il capo ripetutamente colpito dal fulmine. Egli desidera questa morte per distruggere in lui quella creatività musicale che Dio gli aveva donato e che a lui aveva negato e desidera, nel contempo, la distruzione di Dio con la morte del suo tramite in terra: Mozart. Salieri invidia il fratello che la madre porta in grembo e con la quale condivide il bene assoluto.

Ci potremmo chiedere se quell’oscuro momento di trasformazione dalla fruizione dell’oggetto d’amore ad un odio distruttivo contro di esso, sia da imputare ad un movimento oppositivo della madre contro quei processi imitativi proposti dal bambino nella relazione, spinto, com’è, dal bisogno di identificarsi con lei per separarsene!

Con la frustrazione degli impulsi alla maturazione e la gratificazione degli impulsi regressivanti si perviene al mantenimento di una condizione fusionale che opera contro la crescita.

Questa dinamica relazionale ci tocca molto da vicino e ci spinge a considerare sempre più l’enorme importanza delle correnti libidiche controtransferali, nella relazione analitica, divise, come sono, fra forze che spingono verso la trasformazione ed il cambiamento nonché verso l’integrazione delle parti dell’unità e forze resistenziali opposte, sia all’interno dell’analista che all’interno della relazione di coppia, per le quali la stessa crescita diventa una minaccia catastrofica (Amati 1981). La relazione analitica è intessuta, infatti, da imprevedibile gioco di rapporti di reciprocità, interd-

Relazione, gelosia e invidia

La funzione materna, tesa alla individuazione ed alla soddisfazione del bisogno del bambino non è percepita da questo in quanto tale nonché in relazione alle sue modificazioni corporee.

Il bambino, infatti, inizialmente percepisce solo la modificazione del proprio corpo indotta dallo stimolo e non lo stimolo e allucina, sempre attraverso la modificazione del proprio corpo, l'oggetto, allorché è assente (Gaddini 1969), nella garanzia che la sua rappresentazione lo renda reale (Freud 1925) e gli permetta di raggiungere illusoriamente la soddisfazione dei suoi bisogni.

È probabile che se il bambino non è ancora in grado di formare un'immagine allucinatoria dell'oggetto assente - immagine che Rapaport (cit. da Gaddini, 1969) definisce "protopensiero" - l'assenza di esso venga avvertita come vuoto assoluto e induca nel bambino uno stato autistico.

Per descrivere come una paziente avvertiva una modificazione del proprio corpo legata allo stimolo visivo, riferirò come perveniva ad una delimitazione del suo spazio informale allorché mi guardava negli occhi o meglio allorché vedeva la sua figura riflessa nel mio occhio che la guardava.

Nell'evento relazionale percettivo essa avvertiva una modificazione del corpo dall'informale alla forma, tanto delimitativa per quanto la mia visione di lei era selettiva ed escludente ogni altro elemento intorno a noi. L'esperienza risultava, allora, per la paziente, come "totalizzante", nel senso che vedeva un'immagine intera di sé, essendo in relazione con la mia funzione visiva e non con il mio occhio in quanto tale.

Se il mio occhio, però, si rivolgeva ad un altro oggetto che non fosse lei, se, in altri termini, veniva meno alla sua funzione, la paziente percepiva una modificazione del suo corpo nella direzione dell'informale e del vuoto. La sensazione legata alla perdita dell'oggetto-sé, unitamente a quella di una rivalità nei confronti di nemici indefinibili: gli oggetti della stanza, i miei pensieri in quanto oggetti distraenti, è alla base della costituzione del sentimento di gelosia primaria. La sua incontenibilità, come nel caso della paziente in esame, era in grado di determinare delle reazioni di tipo autistico: rigidità muscolare diffusa, chiusura sensoriale verso il mondo esterno.

Come Dafne che al culmine del dolore, perché inseguita da Apollo che la desiderava, prega il padre di pietrificarla nell'albero stesso del Dio, l'alloro, avversa ad ogni amore per l'altro che potesse includersi fra quello condiviso fra di noi, esprimendo il bisogno di una fusione perenne, rigida e di un assorbimento totale nell'oggetto per paura del movimento e del desiderio d'amare.

Il paziente prova per sé quello che l'analista prova per lui ancor prima di provare affetti per l'altro in quanto tale.

Il bisogno di una percezione selettiva avanzato dal paziente esige una elaborazione controtransferale continua, perché la risposta terapeutica possa essere totale ed empatica depurata da elementi estranei al rapporto e includente quelli estraneati dal rapporto stesso, quali possono essere, ad esempio, le zone di rimozione dell'analista.

La frustrazione di questo bisogno primario del bambino, allorché cioè la madre si pone come specchio indifferente anaffettivo di fronte al figlio, se gli nega l'esperienza imitativo-percettiva, come nel caso riportato, o si ritrae di fronte al suo bisogno incorporativo, negandogli la cessazione del disagio corporeo legato all'insorgenza dei bisogni orali, è all'origine di quadri psicopatologici gravi caratterizzati da disturbi dei processi di identificazione e di identità.

Una esemplificazione clinica su come possono sorgere disturbi di identità in conseguenza della frustrazione dei bisogni incorporativi ci viene da questo caso.

Un paziente affetto dalla perversione del transvestitismo prova una attrazione indefinibile, per la totalità dell'investimento di libido narcisistica, verso una ragazza. Mi racconterà, una volta venuto in terapia, che in quella circostanza venne spinto dal bisogno di recarsi da una psicologa sua amica del Nord-Italia, per uno spostamento, possiamo dire, d'oggetto e di luogo geografico. La sua intenzione era di regalarle una collana di cuoio, adornata da un lungo filare di triangoli di pelle rossa, che lo stesso paziente identificherà, in seguito, come un'arcata dentaria.

Il paziente, trovata l'amica, pose fra sé ed essa la sua collana, invitandola a dire a chi di loro due potesse appartenere, dopo aver sottolineato, però, che il suo pronunciamento avrebbe avuto per lui un profondo significato.

L'amica si pronunciò, non a parole a quanto pare, ma con un gesto, perché mise la collana attorno al collo del paziente.

“In quell'istante”, mi racconterà in seguito, “la mia amica si propose come mia madre e mi consacrò come figlia”. Il significato del gesto, in questo caso, riproponeva il vissuto di una negazione materna.

La madre nega, insieme al cavo orale, tutti i luoghi corporei del figlio e il piacere connesso

Relazione, gelosia e invidia

La frustrazione può essere totale nei casi in cui, come in questo, la madre presenta una personalità narcisistica o nei casi in cui l'oggetto è realmente assente, o può essere parziale per impedimenti interni o esterni della madre.

A proposito della frustrazione parziale apro un inciso che riguarda i tempi della risposta materna in relazione a quelli del figlio, cercando di dimostrare come una disarmonia fra di essi possa risultare frustrante. I tempi del bambino sono correlati alla sua soglia di sopportazione del disagio e quindi all'livello di sviluppo del suo io, che solo può permettere la dilatazione del tempo di attesa.

La condivisione dei tempi di interscambio nella relazione è un argomento di rilievo se appena si considera che il "tempo" nel vissuto del bambino è avvertito come "superficie di contatto".

Un paziente, subito dopo la perdita della madre, mi chiede una psicoterapia per stabilire, come lui diceva, un "contatto" che gli permettesse di sopportare la sua tristezza.

Il tempo di attesa, per l'inizio delle sedute, si rivela inferiore a quello da lui previsto.

Sogna che deve mettere delle lenti a contatto e che queste, a un tratto, diventano grandi e deformate, inadatte alla loro funzione e quindi immettibili.

La brevità del tempo di attesa è avvertita dal paziente come espressione di una mia curiosità, di una mia avidità nei suoi confronti e di uno scarso interesse per lui come persona.

Possiamo benissimo supporre che un eccesso del tempo di attesa, sia pure per un motivo opposto, gli avrebbe prodotto una eguale impressione.

In ogni caso l'inadeguatezza dei tempi dell'analista rispetto a quelli del paziente, si traduce in un vissuto di inadeguatezza di superficie di contatto e di contenimento.

Ma in una relazione parzialmente frustrante è pensabile che in altre aree del sé, il contatto con l'oggetto possa essere gratificante. È probabile che l'idealizzazione dell'oggetto possa indicare come queste aree relazionali, qualitativamente buone, attraggano forti cariche di investimento libidico e divengano modi elettivi di stabilire un rapporto. E se queste aree prevalgono quantitativamente sulle restanti aree relazionali carenti (cattive per il soggetto) permettono l'instaurarsi di un buon contatto relazionale.

Per ritornare al nostro argomento, l'istanza assimilativa del soggetto nei confronti dell'oggetto, aggressivamente attaccata e punita come nel mito del peccato originale, non trapassa evolutivamen-

Relazione, gelosia e invidia

infernale, luciferino come è raffigurato da Giotto nell'allegoria dell'*Invidia* affrescata nella cappella degli Scrovegni a Padova.

Giotto, secondo la descrizione che ne dà J. Ruskin (cit. in Proust), rappresenta l'invidia come una figura "le cui dita terminano in artigli e la cui mano destra si solleva quasi ad esprimere un rimpianto impotente ed una involontaria avidità; un serpente le esce dalla bocca e minaccia di morderla tra gli occhi; ha lunghe orecchie membranose, corna sulla fronte e le fiamme le consumano il corpo".

Questa distinzione di mondi è più relativa alla sensazione di perdita, alla nostalgia e al desiderio di unione con l'oggetto perduto nonché al senso di morte e al desiderio della sua morte provocato dalla sua assenza, che alla rappresentazione dell'oggetto in buono e cattivo così come è operata dai meccanismi di scissione della posizione SP. Anzi questi ultimi risentono dell'interferenza del sentimento invidioso.

"Il processo di scissione in un oggetto ideale ed in uno persecutorio, scrive infatti la Segai (op. cit.), non può essere mantenuto, poiché è proprio l'oggetto ideale che dà luogo ad invidia e che viene attaccato e guastato. Ciò porta a confondere tra buono e cattivo interferendo con la scissione".

"Poiché la scissione non può essere mantenuta, continua ancora la Segai, e un oggetto ideale non può essere conservato, l'introiezione di un oggetto ideale e l'identificazione con esso sono gravemente compromesse".

Secondo una chiave di lettura prevalentemente pulsionale che definisce l'invidia come un fattore interno che opera fin dalla nascita e che influenza materialmente le primissime esperienze del bambino, il passo, sopra riportato, attribuisce all'invidia, quale fattore interno, la determinazione dell'arresto del processo evolutivo del bambino, laddove invece, secondo una chiave di lettura che attribuisce alla relazione e alle sue modalità di sviluppo, in senso gratificante o frustrante, l'origine della sua distorsione e l'insorgenza di gravi patologie, la stessa invidia sarebbe considerata più che la causa, l'effetto della difficoltà relazionale stessa.

Questa impostazione teorico-clinica sui processi precoci del bambino, segue il pensiero di E. Gaddini (1969) e di E. Jacobson (1974). Il loro apporto oltre a chiarire tematiche relazionali precoci, distingue sul piano metapsicologico i processi psichici primari nonché la terminologia psicoanalitica

Relazione, gelosia e invidia

Il modello percettivo e incorporativo riguarda il funzionamento corporeo mentre quello imitativo e introiettivo riguarda il funzionamento mentale che si basa sul primo, dal quale è distinto, da cui è influenzato e che a sua volta influenza in un *continuum* funzionale.

Limitazione e l'introyezione si attivano in assenza dell'oggetto.

“Gli affetti, sostengono gli AA, si modellano anch'essi sugli stessi paradigmi originari psichici” (Gaddini 1969). Il bambino assimilerebbe non solo le espressioni emozionali dei genitori ma anche le reazioni affettivo-motorie indotte dallo stesso nella madre.

L'esempio clinico che riporterò, dimostra, ulteriormente, come la frustrazione dei processi imitativi e incorporativi impedisca i processi introiettivi.

Una paziente borderline così descrive la sua relazione con la madre con la quale stabilisce un rapporto d'oggetto parziale.

“Quando in una qualsiasi situazione, dice la paziente, mi trovo con una donna e un uomo (nel caso specifico l'uomo è il corrispettivo originario di una parte corporea della madre), appena la donna esprime la sua femminilità e io la percepisco, mi paralizzo. Se non mi paralizzassi, mi dovrei esprimere a quel punto “come quelli”, però mi paralizzo egualmente, perché se mi esprimo parallelamente a quella, ho paura che la donna si possa appropriare del mio modo di essere ed io cesserei di esistere”. La paura di essere imitati e per questo svuotati dalla propria esistenza, è propria della logica dei popoli primitivi. Secondo Frazer (cit. da O. Rank 1914), “l'immagine dell'uomo è la sua anima. Chi se ne impadronisce... potrebbe danneggiarla o annientarla. Certe popolazioni primitive, continua Frazer, credono addirittura che portare a termine un ritratto o il fatto che esso cada in mani estranee, comporti morte sicura.

La paziente, che presentava una patologia dei processi di identificazione, rivelava così la genesi della sua patologia che era collocabile nella relazione primitiva col seno materno, allorché le sue istanze imitative e incorporative venivano frustrate dalla madre che si irrigidiva dinanzi ai bisogni percettivi orali della figlia.

Le stimolazioni compensatorie a livello tattile e visivo erano massicce a confronto di quelle del cavo orale, perché la madre, ossessiva, lavava continuamente la bambina ritenendola sporca ed evitava i contatti con lei per non farsi sporcare.

Relazione, gelosia e invidia

no di quella mostruosità, di cui rimane vittima, che sarebbe stata invece evacuata solo con la permanenza del capezzolo dentro la sua bocca.

La presenza del seno e della sua funzione evacuativa del mostruoso infantile ci riconduce alla funzione materna totalmente accettante, definita da Winnicott come funzione materna primaria, e al concetto di funzione terapeutica e di trasformazione secondo Bion.

In questa funzione materna intravedo come una stimolazione dei processi primari incorporativi della madre che, nella relazione col figlio, è protesa a sottrargli quanto di mostruoso egli avverte in sé e questo l'ottiene grazie ad una sua doppia identificazione, col figlio da un lato e con la propria madre dall'altro essendo il suo piacere coincidente col piacere del figlio.

La funzione trasformativa dell'esperienza è correlata allo stato di integrazione dell'oggetto, ne esprime l'equilibrio e ne rappresenta la qualità. Essa è indice di una totalità dell'oggetto che è vissuta come pienezza di esperienza, caratterizzata dalla libertà e dal movimento, a differenza di quella pienezza intesa come possesso assoluto paralizzante, è l'esperienza piena che si esperisce anche nella relazione d'oggetto parziale, laddove il bambino o il paziente sente l'assieme senza chiedersi da dove esso provenga (Bion 1967).

La totalità è espressione di una coesistenza integrata ed armonica di elementi timici e noetici: la capacità di comprendere il paziente senza alterarsi nell'equilibrio del proprio stato mentale e di restituirgli le trasformazioni degli elementi sensoriali in elementi mentali (Bion 1967).

Nell'immagine del serpente così ricorrente nella mitologia e nelle allegorie c'è una parte, la lingua, che con la sua biforcazione si impone come un ideogramma in grado di descrivere la relazione madre-bambino come un insieme bivalente. Per altro, questo ideogramma si riscontra sia nelle comunicazioni verbali, come quando ad esempio una paziente riferisce dei suoi capelli a doppie punte, che nelle rappresentazioni oniriche. Una paziente, ad esempio, sognava di essere nella stanza di attesa di un ambulatorio medico dove c'erano tante coppie. Per me, diceva, nel sogno non c'era bisogno di essere in coppia, perché sapevo di avere all'interno dell'addome un filo nero biforcuto che, in seduta, associò ad un punto chirurgico con i capi separati, dentro la bocca.

L'ideogramma indica il doppio significato di una unità in cui è dato osservare un punto dal quale si passa dalla duplicità all'unità e viceversa.

Relazione, gelosia e invidia

Io credo che la distinzione operata da Gaddini fra il funzionamento mentale rispetto a quello corporeo, con la loro separazione e correlazione, possa essere utilizzato come criterio differenziante tra la funzione analitica e quella materna, tanto spesso ampiamente confuse fra di loro.

Confusione, per altro agevolata dalla concretezza propria del pensiero dei pazienti psicotici.

Bion ci fa notare (op. cit.), infatti, come proprio questa concretezza ci porta a riferire, nella relazione con questi pazienti, più alla anatomia che alla fisiologia, ricordandoci però che i pazienti si rapportano più alla funzione del seno che al seno in quanto tale, nella considerazione che l'esperienza di questi soggetti è stata carente proprio in questa componente funzionale della relazione.

Se la relazione ottimale con la madre e le sue funzioni è il modello da cui deriva quella analitica con la quale è correlata nel transfert, questo non dovrebbe indurre a fondere le due relazioni così come non si confonde l'introiezione con l'incorporazione, anche se questa è il modello su cui si fonda l'introiezione.

C'è di più e cioè che il modello mentale esclude il corporeo, così come l'introiezione presuppone, nel suo realizzarsi, l'assenza dell'oggetto reale.

Però nell'analisi non è escluso il corporeo essendo il punto di riferimento fondamentale dell'analista che trova nella sua realtà corporea l'origine di quella elaborazione il cui sbocco è la parola analitica nella sua qualità di funzione di legame fra le parti dell'analista e parti del paziente.

C'è in questo dinamismo l'esplicito riferimento alla capacità trasformativa dall'elemento corporeo a quello mentale o alla funzione dell'analista nel senso che Bion dà al concetto di funzione che, se adeguata, renderà la relazione dinamica, se inadeguata o assente, renderà l'insieme statico.

Forse quel punto oscuro che all'inizio individuavo nella descrizione dell'invidia fatta dalla Segal, è da riportare all'assenza della funzione trasformativa materna che impedendo all'origine i processi psichici primari del bambino, non ne permette l'evoluzione normale e la crescita e irrigidisce staticamente e fusionalmente la relazione con lui, deprivandola, quindi, di ogni dinamismo interno.

- GADDINI E. (1969) Sulla imitazione. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- JACOBSON, E. (1964) *Il sé e il mondo oggettuale*. Martinelli, Firenze 1974.
- LEVI STRAUSS, C. (1958). *Antropologia strutturale*. Il Saggiatore, Milano 1966.
- MATTE BLANCO, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti*. Einaudi, Torino.
- KLEIN M. (1957) *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze 1969.
- RANK, O. (1914) *Il doppio*. Sugarco, Milano 1979.
- SEGAL, H. (1964). *Introduzione all'opera di M Klein*. Martinelli, Firenze 1975.
- SHAFFER P. (1987). *Amadeus*. Einaudi, Torino.
- SIRACUSANO, F. (1983) Seminario tenuto a Catania sulla relazione analitica. Non pubblicato.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

Riassunto

Nel lavoro si fa riferimento al pensiero di E. Gaddini e a quello di E. Jacobson sui processi psichici precoci del bambino nella sua relazione con la madre.

Attraverso una serie di esemplificazioni cliniche, si dimostra come le frustrazioni precoci dei processi imitativo-percettivi e incorporativi danno origine a quadri psicopatologici gravi, quali la gelosia primaria e l'invidia. Come esse disturbino il processo di sviluppo psicologico del bambino, impedendone le introiezioni e le identificazioni successive, indispensabili per la formazione della sua identità.

Differenziando la funzione terapeutica da quella materna, si individua nell'elaborazione del controtransfert la modalità principale perché la relazione abbia un dinamismo interno funzionale alla crescita.

Summary

The report refers to the opinion of E. Gaddini and E. Jacobson on precocious psychological process of the child in his relationship with his mother

Relazione, gelosia e invidia

of the child, hindering the subsequent introjections and identifications, which are necessary to the development of the child's identity.

By making the therapeutical function different from the maternal one, the countertransference elaboration seems to be the main way to make the relationship have a development effective internal dynamism.

ORAZIO COSTANTINO

Via Pietro dell'Ova, 82

95125 Catania

MARIA CONCETTA SAPIENZA AUTERI

Due modalità di simbiosi psicotica

Cenni introduttivi

Il tema che intendo trattare è quello della simbiosi come area di attività psichiche primordiali. Della simbiosi descriverò due modalità patologiche: una, derivante dal bisogno della continuità con la vita neonatale, tendente all'unione assoluta e fusionale, per cui il paziente in analisi affonda le sue radici a quel livello pre-oggettuale in cui aveva esperito un momento breve ma intenso di simbiosi normale con la madre e da cui però non era riuscito ad emergere. L'altra modalità conduce per una diversa via ad una forma intrapsichica, che considero anche simbiotica, caratterizzata dal "possesso geloso" dell'oggetto: un processo che è mobile solo al livello intrapsichico, che si produrrebbe fin dai primi mesi della vita con la tendenza a permanere fermo in una zona nucleare del Sé, isolandosi per buona parte dalle interazioni ed evoluzioni del processo di crescita.

Le due modalità hanno una meta comune che è la costituzione di una monade simbiotica, ma la sorgente ha una direzione opposta.

Nella prima è imperiosa la tendenza a riproporre nella vita e dunque nell'analisi - lo stato di fusionalità con la fantasia di essere tutt'uno con l'altro, in un sistema concreto di relazione narcisistica e con un bisogno assoluto di continuità. Ritengo che tale patologia sia determinata dalle difficoltà esperite nei momenti della differenziazione, a causa di una madre che per alimentare il proprio bisogno di simbiosi, si era servita dello stato di fusionalità normale del suo bambino, non consentendogli l'evoluzione verso l'indipendenza matura, ostacolandogli quindi il normale uso della proiezione-introiezione e vincolandolo per la vita ad una alterazione dell'immagine corporea, con difficoltà nella capacità di discriminare la fame dalla sazietà, l'interno dall'esterno; generando inoltre frequenti combinazioni e confusioni di elementi maschili e femminili e cadute sul piano della comunicazione simbolica, con una forte tendenza a permanere in una relazione narcisistica.

Due modalità di simbiosi psicotica

re” dice Winnicott (1961), le due alternative che ha il bambino contro gli urti dell’ambiente sono “*L’essere e l’annientamento*”. Il paziente con questo tipo di simbiosi è quel bambino quindi, che ha impegnato la sua energia per non essere annientato. Il bisogno assoluto è stato quello di rendere fermo ciò che, se si fosse mosso pericolosamente in una pluralità di direzioni interiori, avrebbe annientato la sua esistenza.

È noto che se il bambino ha una buona madre supportiva, vive in modo sano i suoi momenti simbiotici che sono i precursori del rapporto oggettuale.

Tale esperienza fusionale poiché è sana, l’accompagnerà nell’arco della sua vita, gli fornirà il tono vitale, gli consentirà quel raccoglimento per godere il fascino che la vita propone, con la presenza di quel particolare “tono edonico” con cui può ascoltare la composizione musicale o vedere un dipinto e anche unificare in entrambe le esperienze percettive, l’ascolto e la vista.

Ma come vive la fusionalità normale la coppia analitica? Quando il paziente ha liberato ampie zone inconscie e l’Io gli consente l’elaborazione di spazi segreti, essa, la fusionalità si esperisce spesso nel silenzio, un silenzio dell’ascolto preverbale, non un tacere. Si vive la sensazione di atemporalità che dà la dilatazione del tempo e anche la febbre del tempo. La coppia sente che oltre la stanza d’analisi c’è una natura avvolgente, che i suoni - parole o silenzi - provengono dai loro luoghi primordiali e da momenti lontani vissuti separatamente, che trovano quello “spazio relazionale” per comunicarsi. Vorrei precisare dunque, che non parlo di una fusionalità regressiva e dipendente. Tutt’altro. Quella di cui parlo si vive verso la fine dell’analisi, in un clima in cui la fusione degli ascolti dona alla coppia l’esperienza della verità e della novità che confluiscono nella intimità.

Ma l’analista sa e lo sa anche il paziente, che lo sconfinamento nell’altro si configura nel doppio, nella replica dell’altro di sé e quel vissuto intenso, fusionale, trova presto il suo limite, la sua fine temporale, dettata da un altro bisogno fondamentale e sano, quello di separarsi e di emergere dall’altro, per differenziarsi.

Nell’iter normale di sviluppo, dalla fusionalità si transita verso un nuovo modo di essere che contiene l’origine della pensabilità.

Si può pensare che il lavoro analitico con pazienti simbiotici debba avere l’effetto di spezzare la continuità fusionale che il paziente esige e impone. Tale rottura comporta però per il paziente il

Due modalità di simbiosi psicotica

Ho potuto constatare, durante il trattamento dei casi, che, se l'analista si pone sempre in modo francamente asimmetrico col suo paziente, può interrompergli il bisogno di unione anzitempo, prima che sia stata lavorata la sua fantasia simbiotica, con i tempi interni del suo paziente - che possono equivalere ad anni di analisi - riportando le aree della Identificazione Proiettiva dall'uso anomalo verso una complementarità tra introiezione e proiezione. In tali casi il paziente obbedirebbe, poiché è simbiotico, all'intento separativo dell'analista con cui ha fatto la fantasia di un patto fusionale e abbandona tale fantasia anzitempo. Egli può incorrere in quei processi schizo-paranoidei che in tali patologie sono sempre latenti. "L'improvvisa rottura dell'interazione simbiotica pertanto può produrre" - come segnala Bleger (1967) - "la disgregazione o la dispersione e il ritorno del rimosso".

Penso che un buon lavoro analitico sia bioculare: condurre il paziente alla differenziazione e al contempo rispettare in lui il bisogno fusionale che ha la caratteristica peculiare di non esprimersi con la parola che nel tempo può restare non più immobile e patogeno dentro di lui, ma vivente e operante, sia lungo il percorso dell'analisi che in alcuni momenti della sua vita.

La simbiosi psicotica presenta un ampio ventaglio di elementi che si intrecciano tra loro costituendo un reticolo da cui sarebbe impossibile sottrarre alcune connotazioni specifiche, se non eliminando i nodi che li legano alle altre.

Il vincolo simbiotico possiamo considerarlo come il fenomeno di "condensazione" che ci ha descritto Freud (1900). Ai fini della comunicazione però è indispensabile isolare alcuni elementi. Vorrei ricordare che parlo di una fase così primitiva della mente del paziente, per la cui interpretazione e conoscenza dobbiamo essere grati alla teoria kleiniana dei "fantasmi", che promuovono quei processi desoggettivanti che il paziente vuole sentire in eco con il suo analista. Egli soffre dell'uso che fa del suo pensiero in quanto il suo apparato mentale è mutilato. La sua patologia simbiotica si proietta massivamente nella mente del terapeuta per restare immobile in quel luogo, e una buona parte della funzione del suo Io viene dunque alienata.

Cito Fairbairn (1952): "il processo di differenziazione dell'oggetto deriva particolare significato dal fatto che la dipendenza infantile è caratterizzata non solamente dalla identificazione ma anche da un atteggiamento orale di incorporazione". E ancora: "l'intero corso dello sviluppo libidico dipende dalla misura in cui gli oggetti vengono incorporati e dalla natura delle tecniche che vengono utiliz-

La prima modalità di simbiosi psicotica

Essa è a mio avviso indotta da una madre agorafobica o bulimica che ha catturato per sé il bambino impedendogli il normale processo di differenziazione e individuazione.

Le mie riflessioni scaturiscono dalle esperienze di psicoterapia psicoanalitica condotte prevalentemente con pazienti gravemente obesi, pazienti bulimici e pazienti anoressici.

L'incorporazione è strettamente connessa alla simbiosi psicotica della obesità e della bulimia ed è inclusa nel processo di *interiorizzazione* degli oggetti. Sottolinea Meltzer (1976) che “esistono due modalità fondamentali della interiorizzazione: una basata sulla cooperazione quindi sull'amore, l'altra, che è di natura sadica e soprattutto oral-cannibalica, è sorretta dalla distruttività. La prima conduce all'integrazione dell'Io. Nell'altra, in cui predominano l'odio e il sadismo, il seno interiorizzato è vissuto come persecutorio e si trasforma nel prototipo di tutti gli oggetti interni cattivi.

Questo è particolare anche dell'anoressia. L'anoressica usa un processo di interiorizzazione anomalo perché lo esige “senza spazio” nell'apparato psichico. Essa vuol rimanere anche nel corpo vuota, asciutta, magra, senza spessore di adipe, perché l'esterno deve corrispondere all'interno.

L'incorporazione è senza dubbio un modello primario legato ad un atto biologico di ingestione orale e promuove fantasie sadico-cannibaliche. Descritta ampiamente da Abraham (1923) come una fusione corporea ed assimilazione dell'oggetto nel Sé, viene messa in rapporto da Fenichel (1951) con una identificazione molto arcaica che esprime il desiderio di ricreare l'unione indifferenziata con l'oggetto.

Incorporando gli oggetti ci si unisce ad essi. La bocca è il luogo del primo piacere e dà inizio a quei giochi che sono anche l'espressione primitiva del Sé. Il bambino succhiando, temporeggiando, usando la distanza e l'avvicinamento con il capezzolo si addormenta nella fantasia fusionale.

L'introiezione orale primitiva è sempre dentro ciascun individuo e dentro ogni gruppo sociale. Su di essa si basano ampiamente i riti dei popoli primitivi, le cerimonie magico-onnipotenti, per cui mediante la comunione orale totemica l'individuo o il gruppo assumono la stessa sostanza (forza, potenza sessuale o altri aspetti) dell'oggetto magico incorporato, oppure diventano simili all'oggetto che hanno mangiato.

Nei paesi siciliani esisteva una usanza di legame orale che ha rilevato Siracusano (1971): “tutte

Due modalità di simbiosi psicotica

per la famiglia che lo avrebbe richiesto, divenendo così oggetto di un rapporto di comunità materiale e spirituale, la cui trasposizione all'ostia gli faceva acquistare forse la stessa identità sacrale”.

Alcuni dolci confezionati con la forma di animali o parti del corpo umano sono residui di riti antropofagici molto primitivi che si ripetono per vaste correnti transculturali, in quanto il simbolismo che da essi emana trova una profonda risonanza sia nella comunità che in alcuni individui.

Molti pazienti sono attratti dalla forma di alcuni dolci nella fantasia inconscia che incorporare corrisponda a ricevere protezione e a livello interno ad ottenere la coesione di parti del Sé frammentate.

Emanuela, una paziente obesa molto malata, prima di venire in analisi si premuniva contro eventuali pericoli, mediante una riserva incorporativa, mangiando al bar più vicino al mio studio un intero vassoio di dolci, chiamati in dialetto *minne*, che vuol dire seni. La forma è rotonda perché il dolce è riempito di crema bianca, con una pallina-capezzolo al centro. Incorporava quindi una ventina di mammelle, pur vivendosi sempre vuota dentro. Riferisco un sogno di Emanuela: “ero un pallone enorme, vuoto dentro. Mi muovevo come se danzassi nella camera; ero leggera e felice; poi pensai che la pelle di me-pallone era fragile ed io potevo scoppiare. Toccai il soffitto (analista) e mi fermai. Vidi un fiume di sangue (emorragia psichica) che scorreva lungo la parete e pensai che provenisse da me. Mi svegliai e mi ritrovai in cucina a mangiare” (un agire immediato per reintegrarsi). La paziente che indossava sia in inverno che in estate un'ampia pelliccia ebbe un *break-down* con confusione di identità e spersonalizzazione quando le rubarono l'indumento spogliandola violentemente. Poi Emanuela acquistò una vecchia Cinquecento Fiat entro cui entrava a fatica, data la sua mole. Riusciva però a muoversi per la città con maggiore sicurezza valendosi della sua seconda pelle fatta di lamina, certo più salda e robusta di una pelliccia.

Sempre sul tema che lega il processo di incorporazione al senso del limite corporeo, che per il paziente simbiotico è una fragile membrana, riferisco di Anna.

Questa paziente bulimica, che all'anagrafe risultava con un altro nome, si presentava con il nome di Anna finché i suoi conoscenti la chiamarono tutti così. È da sottolineare che Anna è un nome simmetrico, può leggersi anche da destra a sinistra, senza alterazione di suono o di timbro. Un nome con funzione simbiotica.

Due modalità di simbiosi psicotica

analisi narrava di un amore ideale con una persona il cui cognome era “Nicastro”. Non trascurava di nominarlo quasi in ogni seduta. Invertendo nel nome le prime due sillabe si svelava il bisogno dell’“incaastro” con me.

La patologia di Anna esplose come un’angoscia parossistica alla morte del padre. La situazione triangolare infatti nascondeva la simbiosi esistente fra lei e la madre. Il padre occupava uno spazio concreto tra Anna e la madre, donna obesa, simbiotica, fonte del movimento di cattura della figlia a cui aveva impedito fin dai primi mesi di vita l’emergenza verso l’individuazione.

L’angoscia di Anna si calmava quando entrambe si proponevano ciò che chiamavano “il solito gioco”. Un gioco psicotico, che consisteva nell’andare a letto (la madre alla morte del marito volle che Anna nel suo letto), avvolgendosi entrambe nel lenzuolo come dentro una guaina aderente da cui restavano fuori le braccia e il viso. Si sistemavano dunque in un’unica pelle con un vassoio colmo di dolci sui loro corpi aderenti. Si addormentavano dopo aver mangiato, nella fantasia onnipotente di una oggettività soggettiva realizzata. Anna al mattino si svegliava angosciatissima con il senso di perdita dell’identità.

Questa paziente ha usato alcuni sogni come messaggio finalizzato ad indicare il suo stato psichico durante le sequenze dell’analisi. Tali sogni quindi avevano una *funzione*, nel senso dato al termine da Bion. Bion (1963) dice: “quando uso il termine funzione lo faccio per denotare qualcosa che è ed ha una funzione”. E ancora: “nella misura in cui ha una funzione, ha anche dei fini”.

Il primo sogno di Anna: “indossavo un abito rosa, elastico. Vedevo che dentro l’abito c’ero io con mia madre; ora nel raccontarlo mi stupisco, invece nel sogno era tutto normale; quando mi sono svegliata ero in preda a quell’angoscia che lei conosce”.

Riprendo Bion (1963): “il paziente sente che il sogno, una esperienza di grande intensità emotiva, è una franca esposizione dei fatti di una esperienza orribile” e ancora “in breve il paziente sta mobilitando le proprie risorse (ed esse comprendono anche i fatti dell’analisi) per tenere a bada la sua convinzione che il sogno non soltanto era, ma è la realtà, e la realtà come la intende l’analista deve essere apprezzata soltanto per quegli elementi che si prestano a smentire il sogno”.

Un sogno siffatto viene depositato nell’analista. Anna lo pose dentro di me volendo che in quel luogo restasse. In ciò si legge che il processo verso la separazione è mobilitato. Il terapeuta dinanzi

Due modalità di simbiosi psicotica

Si può parlare invece di movimenti trasformativi quando la coppia produce identificazioni proiettive incrociate. Ma quando le parti proiettate dal paziente sull'analista vengono da questo vissute come pezzi duri che danno stasi, l'analista sente che la loro permanenza dentro di sé aliena parti del suo Io. Può anche avvenire nel paziente che la propria corrente proiettiva riduca tanto sensibilmente il suo spazio interno, che egli ha sensazioni di dissolvimento, perché si svuota senza il recupero complementare della introiezione.

Sarebbe facile pensare che la complementarità sia risolutiva del problema: cioè che l'introiezione possa bilanciare nel paziente lo svuotamento prodotto dalla identificazione proiettiva massiva.

Dalle esperienze effettuate con tali pazienti, mi sono resa conto che essi oltre all'orgasmo proiettivo, ricevono anche gli introietti dall'analista, ma spesso la loro struttura psichica è tale che l'introiezione avviene a livelli parziali e ciò che l'analista mette loro dentro si salda proprio con le parti scisse e primitive del loro apparato mentale. Pertanto, l'interno e l'esterno, il me e il non me, rimangono fusi in una immobilità persistente. Presumo che si formino elementi, inconvertibili non soltanto nel paziente ma probabilmente anche nell'analista. Il paziente simbiotico anche nel silenzio agisce come nella parola; l'uno e l'altra possono essere un agito pesante sull'analista. Ogni impulso è alimentato dal processo primario, senza la dilazione del tempo, per evitare la catastrofe che è la distanza dall'altro. Essa assume significato di perdita immediata.

Le fantasie persecutorie di Emanuela, che nella relazione analitica agiva compulsivamente il suo transfert narcisistico, erano difensive nei confronti di parti interne che si attaccavano tra loro. Voglio dire che in tali casi esiste una meta inconscia che è quella di usare l'ansia persecutoria per contenere e controllare la lotta tra parti del Sé: una sorta di mobilità solo intrapsichica della gruppalità interna anomala. Il paziente fa emergere nella comunicazione analitica solo una imprecisata preoccupazione che si traduce qualche volta in pensieri persecutori. Ma l'analista può avvertire il cattivo funzionamento della gruppalità interna nell'apparato psichico del suo paziente, quando si accorge che simmetricamente, il proprio apparato interno di pensiero si arresta. Come dice Bion (1967), sente che "i suoi pensieri vengono da lui trattati alla stregua di oggetti interni cattivi, per i quali si avverte che il congegno più idoneo non è un apparato costruito in modo da dare una siste-

Due modalità di simbiosi psicotica

poiché è densa di ombre. Per dirne solo un aspetto: non si può trascurare che la gruppalità psichica dell'analista è anche costituita dall'insieme dei pazienti che egli cura. È una sorta di co-presenza, di unità di aggregati che necessita una costante mobilità autointerpretante, affinché la sua mente, transitando fra il soggettivo e l'oggettivo mantenga oltre all'integrazione, il senso della libertà interiore. Il processo gruppale del paziente è denominato da Bleger (1967) "oggetto agglutinato" che, secondo questo analista è indiscriminato, ma può diventare un oggetto che confonde il terapeuta quando non è da lui controllato.

Quando l'analista avverte che la mobilità intrapsichica del suo paziente comincia ad assumere connotazioni di transito verso l'esterno, sente che ha mantenuto indiscriminata la propria identità.

Può aiutare il suo paziente sottolineando la propria esistenza come altra e fuori dal mondo dell'altro. Troverà i veri messaggi perché egli crei un *nuovo modo di* vedere l'altro, apprenda a muoversi non contro ma verso il flusso del tempo e verso la formazione di uno spessore interiore e di uno spazio analitico dove avviene il senso profondo della comunicazione.

Molti sono gli elementi che affiorano nella transizione. Alcuni sono difensivi della trasformazione e si assiste ad un aumento della oscillazione tra distanza e avvicinamento.

È frequente la formazione di una simbiosi-schermo. Anna, nel delicato momento della transizione, si servì difensivamente della sorella come doppio. Ebbe il primo rapporto sessuale nella stessa stanza della sorella che si univa al suo compagno. Quando la sorella recitava a teatro, lei dietro le quinte, faceva da suggeritrice nella fantasia che lei-sorella fosse l'attrice.

La simbiosi-schermo è un meccanismo difensivo che generalmente si produce in due sequenze ravvicinate: in un primo momento viene attuata la difesa inconscia di spostare il bisogno simbiotico su un'altra persona che può essere un amico, un insegnante e, come nel caso di Anna, una sorella. Successivamente l'abbandono di questa seconda simbiosi avviene quando il paziente ne prende piena coscienza mediante il lavoro analitico.

Nella fase di transito verso l'individuazione, l'Io del paziente è funzionante solo parzialmente: nella sua realtà interna egli produce un andirivieni tra impulsi regressivi e tendenze verso l'autonomia, per cui parti del Sé restano ancorate al bisogno simbiotico con l'altro. Questi mantiene il carattere soggettivo e il paziente può tendere difensivamente alla formazione della simbiosi-

Due modalità di simbiosi psicotica

Sappiamo che la fase dell'emergenza dalla dualità oggetto-soggetto è sempre molto sofferta. Un paziente esprime così la paura di essere evacuato: "Ho sognato lei in una situazione in cui non eravamo più soli. Lei si allontanava e si avvicinava. Stefania è ancora dipendente dalla droga (a Stefania il paziente dà il tratto simbiotico io-lui). L'ho vista mentre faceva il bagno al suo bambino (qui c'è il segno della differenziazione) e... come se buttasse il bimbo insieme all'acqua sporca". Poi, dopo un lungo silenzio aggiunge: "ho bisogno di una presenza armonica".

Il secondo sogno di Anna dopo sette anni di analisi, ha avuto come *fine* quello di farmi conoscere che il suo sofferto processo di separazione era quasi raggiunto: "indossavo un abito rosa abbastanza aderente, era di setina leggera così delicata che si sarebbe potuta lacerare con un'unghia e stavo attenta. Anche lei era attenta affinché non si sciupasse. Ero preoccupata ma vedevo dinnanzi a me un luogo dove potrei costruire la mia casa". Associa: "Ho visitato tanti terreni per la mia casa ma nessuno di essi finora mi è piaciuto".

Quando affiora la curiosità, questa può diventare un'autentica spinta alla separazione.

Quando un paziente sente la curiosità, si allarga a dimensioni mentali inusitate e va incontro ad un nuovo sentimento, quello della *possibilità* ed è anche pronto al vissuto dell'*incertezza*. Entrambe, possibilità e incertezza erano a lui ignote perché immerse nella sua simbiosi psicotica che condensava bisogno e appagamento.

La seconda modalità di simbiosi psicotica

Vorrei premettere che questo tipo di simbiosi caratterizzato da un possesso geloso, è frutto di una mia ipotesi maturata dalle esperienze di psicoterapia psicoanalitica con alcuni pazienti.

Questa forma intrapsichica che denomi di "possesso simbiotico geloso" si formerebbe nei primi mesi della vita e rimarrebbe cristallizzato in una zona nucleare del Sé, isolandosi dalle successive interazioni ed evoluzioni del processo di crescita.

Il "possesso simbiotico geloso" resta come incollato e rigido nel Sé, perdendo la *capacità di mobilità* e di integrazione con altre aree dello spazio e degli oggetti che l'individuo ha e può usare nei confronti di se stesso e dell'ambiente.

L'immobilità è, a mio avviso, la caratteristica peculiare di questa "forma interna", influenza la

Due modalità di simbiosi psicotica

Il residuo di questo primitivo processo costituisce dunque nella maggior parte dei casi i nuclei essenziali di quei livelli psicotici della personalità che tendono a rimanere congelati nel Sé e non integrati nell'Io.

Per *mobilità* intendo indicare quella capacità che il paziente deve possedere per affrontare la trasformazione e i suoi effetti, per poterli accogliere dentro se stesso e trasferirli nel rapporto con l'analista e nella vita di relazione. Sappiamo che una mobilità latente, in analisi tende a svilupparsi, a slatentizzarsi e può anche attivare una fervida proliferazione di identificazioni e di disinvestimenti da oggetti che nella vita del paziente avevano rallentato o addirittura fermato la sua evoluzione mentale.

Gadini (1969) sostiene che “la percezione primitiva è fisicamente imitativa” per cui... “il bambino non percepisce lo stimolo reale ma la modificazione intervenuta nel proprio corpo”. Per lo studioso le percezioni imitative possono avere una evoluzione normale o patologica a seconda se l'ambiente che circonda il bambino è gratificante o frustrante. Il passo successivo è la formazione della “rappresentazione” o immagine allucinatoria in assenza dell'oggetto.

Presumo che non sia facilmente distinguibile il momento in cui avviene la conversione o meglio il passaggio dal modello funzionale fisico a quello psichico della “introiezione”, che Gadini stesso ipotizza come parallelo. Riterrei che il tempo in cui tali processi nascono e si evolvono, sia riconducibile ai momenti simbiotici descritti dalla Mahler (1975) e che le difficoltà, che poi emergono nell'analisi, possano essere nate nel passaggio dalla fusionalità alle prime esperienze di differenziazione.

Ipotizzo dunque che la collocazione della *capacità di mobilità* abbia il proprio spazio in questa transizione, in cui il cambiamento esperito interiormente dà origine al senso di identità. Ne consegue la sequenza: capacità di mobilità ~ cambiamento ~ stabilità nella identità.

Riflettendo sulla dinamica “del possesso simbiotico geloso” è inevitabile il ricorso a Freud (1921) che distingue in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, due modalità di relazionarsi nei confronti dell'oggetto o degli oggetti: nel modo di *essere* e nell'*avere*. Mi riconduco inoltre, come premessa teorica di appoggio alle mie considerazioni, a quanto sostiene Grinberg (1976) sulla *identificazione*, come “processo inconscio strutturante l'Io, assimilabile ad un crocevia verso cui convergono

Due modalità di simbiosi psicotica

Sappiamo che i processi imitativi e introiettivi di un bambino sono intrinsecamente pervasi dal movimento che è un *tendere verso* la madre e il mondo. Tale dinamica comporta quella particolare tensione normale legata alla pulsione che produce gioia e slancio vitale se la madre, nel senso di Winnicott, è *sufficientemente* buona. Il possesso che sente il bambino diviene poi *possesso non me*, in cui si insedia la differenziazione che precorre il senso di identità.

Se invece un bambino ha una madre mutevole, contraddittoria, possessiva e altalenante, i processi della imitazione e della introiezione vengono sopraffatti da una forte tensione e la catessi energetica trova una direzione opposta a quella evolutiva: abbandona in buona parte l'innato bisogno di *tendere verso* il mondo e si ritrae con un *tendere* in se stesso.

L'energia del bambino è pertanto intensamente impegnata a "tenere dentro" l'oggetto. Ma se l'oggetto rimane attivo diviene devastante, mentre: se è reso immobile dentro può lenire il terrore.

La tensione per tale tipo di operazione è parossistica: è una tensione di possesso assoluto e al contempo, è una tensione gelosa, intrapsichica, perché parti del sé vengono tenute a bada per non penetrare nel nucleo del possesso. La madre assorbe tutto l'universo interiore e non c'è spazio per un rapporto normalmente interiorizzato col padre. Nelle analisi di questi pazienti il padre è assente.

Una madre siffatta può assimilarsi all'idra di Lerna dalle tante teste. Se Eracle ne immobilizzava una, ne risorgevano tante di più, pericolose e mortifere. Essa è distruttiva di quelle qualità psichiche indispensabili all'equilibrio della vita mentale, che sono la coesione interna e la capacità di introiettare liberamente altri modelli, perché ogni introietto può essere vissuto pericoloso quanto la madre.

Il bambino impegna la sua fatica, come ci narra il mito, per rendere fermo ciò che, se si muove pericolosamente in diverse direzioni, annienta la sua esistenza.

Inoltre la lotta tra la "rappresentazione" interiore dell'oggetto introiettato, tenuto fermo in modo simbiotico e il corpo è continua e, nell'arco della vita, il conflitto troverà il momento e il luogo dove collocarsi, producendo anche marcate affezioni psicosomatiche. Queste a mio avviso, potrebbero intendersi come il corrispondente corporeo del nucleo simbiotico interno.

Nel corso dell'analisi, quando il paziente libera gradualmente la compressione energetica, può sentire lenito il suo dolore corporeo che sovente è un'emicrania persistente. L'esperienza nuova del-

Due modalità di simbiosi psicotica

Potrebbe anche verificarsi che il disinvestimento energetico dall'organo scelto avvenga troppo rapidamente, provocando un disingorgo improvviso della libido. Sappiamo dalla Deutsch che i sintomi organici vanno intesi come valvole di sicurezza che servono alla difesa e alla scarica delle eccitazioni pulsionali rimosse. Ricordiamo anche il prezioso insegnamento di Winnicott (1964) che per alcune patologie considerava il sintomo psicosomatico come anello di congiunzione tra le parti scisse.

Un paziente in psicoterapia a due sedute settimanali, aveva sviluppato un intenso transfert di aggrappamento e quasi improvvisamente aveva cessato di soffrire di una affezione psicosomatica che perdurava da anni. Il sintomo era definito dal paziente "un annodamento di un budello con un dolore duro". In coincidenza con la remissione sintomatologica egli ebbe un crollo depressivo e tendenze ad elaborazioni persecutorie. Ho ipotizzato che il nodo corporeo era l'equivalente della monade simbiotico-possessiva con una madre fantasmatica. Della madre reale il paziente non aveva mai parlato. La sospensione immediata della catessi energetica sul corpo, avrebbe determinato nel paziente, in quel periodo, un senso di perdita profonda e la frammentazione della monade interna, imputabili alla depressione e al delirio persecutorio.

I molti aspetti fantasmatici dell'interiorizzazione materna *devono* per il paziente convergere su un unico oggetto, per renderlo - oltre che unico - immobile e la rappresentazione di esso è tenuta gelosamente incapsulata nel *Sé nucleare*.

Per rendere più eloquente il mio concetto sulla interiorizzazione di una madre pluriforme, voglio ricordare il saggio di Abraham (1922) "*Il ragno come simbolo onirico*". Secondo l'autore, al ragno spetta un significato simbolico di una madre che attacca il bambino con le sue pelose zampe; ma l'intenso sentimento di terrore che suscita nel figlio, deriva dalla fantasia che tra i peli oscuri, la madre ragno-vagina, contenga anche un pene penetrante e pericoloso.

L'individuazione da parte dell'analista di questa "forma interna" prodotta dal paziente non è facile. Mediante l'uso del controtransfert si può approdare a tale insight.

Questi pazienti possono avere alcuni tratti comuni che penso di elencare, traendoli dai cinque casi trattati. Ma le poche caratteristiche che descriverò possono appartenere anche ad altre patologie. Ritengo quindi di secondarizzarle per dare maggiore rilievo all'uso del lavoro auto interpretante

Due modalità di simbiosi psicotica

chica. L'immagine di un uovo dal guscio duro alloggiato in maniera siffatta, è ovviamente il risultato di una mia fantasia controtransferale, che a suo tempo, solo per averla pensata, mi diede sollievo.

Il possesso simbiotico con l'oggetto è "geloso" perché il paziente protegge la sua costruzione immaginaria preservandola dall'accesso di altre parti del Sé periferico. È una *gelosia intrapsichica nei confronti di altre parti del suo Sé* e il paziente si difende dalla possibilità che l'analista la raggiunga. Tale "forma interna", vissuta anche dall'analista come una parte dura e immobile, frattura la coesione dentro il paziente e genera movimenti interiori di aggiramento strategico per salvare quelle parti del Sé sano, di cui l'Io può disporre.

Il mondo interno di tali pazienti dunque, può essere assimilabile ad un laboratorio disorganizzato perché il lavoro interiore non ha mete verso l'esterno. In esso avviene un movimento perverso che non si esprime e si collega solo parzialmente all'Io e in cui si sente la frammentazione ed una dinamica alterata che intossica la funzione del pensiero e provoca inattività mentale anche nell'analista.

Vorrei sottolineare che tale processo anomalo non genera confusione mentale ma uno stato di offuscamento della coscienza e può generare nel terapeuta un ingorgo nella transizione dagli elementi β in elementi α . Inoltre spesso si assiste nel paziente all'alternanza tra il bisogno di immobilità e l'impulso ad agire, i cui eccessi possono essere considerati erroneamente la manifestazione di uno stato bipolare.

È pensabile che quando un paziente nelle precoci fasi della sua vita ha formato questa modalità simbiotica, installandola nella parte nucleare del Sé, abbia effettuato una operazione difensiva di salvezza. Se la strategia rimozionale non riesce del tutto, al posto della formazione del nucleo compatto si costituisce un'area assolutamente vuota che può considerarsi non mentale. Contro il vuoto mentale una paziente aveva eretto difese ossessive di pensiero sull'esistenza e si era avvolta in una cortina di falso-Sé, per cui le vicende più recenti della sua vita - laurea, matrimonio, maternità - non erano state vissute con piena consapevolezza. E prima di queste vicende ricordate, aveva il vuoto delle memorie, l'assenza dell'essere. Dopo due anni di analisi, un sogno è stato l'espressione di una prima forma mentale e ha fornito un pallido segno del pensiero e della transizione dalla zona nucleare a quella orbitale, che ha poi consentito ulteriori processi integrativi e trasformativi.

Due modalità di simbiosi psicotica

cinatorie o oniriche di deformazioni facciali, con mobilità mostruose oppure con fotogrammi onirici quali “mani soprannumerarie con sette o otto dita lunghe e pericolose”. Inoltre con frequenza roteava gli occhi in modo intollerabile a chi le stava innanzi. Tale mobilità oculare penso che sia stata determinata da tracce di precoce imitazione, nel senso descritto da Gaddini (1969), secondo cui il bambino non percepisce solo il mondo reale ma la modificazione sul suo corpo. Lei stessa diceva che era una espressione mimica che a volte aveva riscontrato in sua madre, ma che, a mio avviso, da un infante doveva averla molto colpita .

- La presenza di segnali di onnipotenza per ristabilire il narcisismo offeso.

Riporto il sogno di un paziente: “ero il Presidente Chirac... mi correggo ... ero con il Presidente Chirac che mi invitava a fare un viaggio con lui. Dovevo entrare in una *cave*, forse a Parigi. La *cave* prima si trasformava in un albergo attraente, poi vidi un pozzo profondo e mi trovai dentro. Urtavo contro le buie pareti che mi comprimevano. Il Presidente vedeva e sapeva ciò che mi accadeva. Al mio lamento egli mi condusse in un altro posto spazioso”.

Nel sogno sono presenti: a) una onnipotenza simmetrica, b) la rappresentazione mentalizzata del nucleo-pozzo; c) il segno trasformativo del viaggio, d) il consenso del paziente affinché l’analista che vede e sa, approdi alla zona nucleare del Sé che per anni di analisi era stata tenuta gelosamente segreta.

- L’intolleranza che hanno molti pazienti all’ascolto dei movimenti posturali dell’analista perché il paziente lo vuole immobile.

Ma un tipo di immobilità particolare è stata quella pretesa da un paziente per il suo imperioso bisogno di una mia stasi mentale. Accenno al caso: un giovane studente in medicina mi chiese l’analisi perché affetto da una gravissima emicrania. Era anche molto depresso e non riusciva a studiare. Solo dopo alcune settimane di terapia mi confidò il suo terrore segreto, francamente psicotico, di credere di essere un licantropo. Fin da piccolo nel suo paese sentiva l’ululato di un uomo-licantropo e si inabissava in un terrore che aumentò spasmodicamente quando credette che mentre *un lui* stava avvolto immobile fra le coperte del letto, *l’altro lui* usciva per le strade ululando e terrorizzando gli abitanti del paese in cui viveva.

Un suo sogno che in analisi è ricorso due volte, si riferiva ad un trauma da scena primaria. Il so-

Due modalità di simbiosi psicotica

Il paziente pretendeva che i miei interventi dovessero essere scanditi chiaramente e riportati a ciò che lui diceva in seduta. Pretendeva una lettura rigida sugli elementi di un sogno o sulle sue associazioni. Non mi era consentita alcuna libertà sia nella sintesi che nel riferimento al suo materiale emerso in altre sedute e più volte egli bloccava il mio discorso dicendomi: “non mi importa affatto della sua opinione, peggio, delle sue associazioni. Lei deve ascoltare solo le mie e a queste riferirsi!”.

Si può comprendere quanto sia stato pesante per me lavorare con un paziente psicotico che mi voleva immobilizzare mentalmente e che io dovevo tenere dentro. Ricordo che il lavoro controtransferale era incessante e grazie a questa continuità, intuì che il suo bisogno assoluto e la sua fatica erano state quelle di trasformare la madre. Una madre terrificata perché fantasma bianco, notturno e pericoloso, da cui egli aveva tentato di difendersi catturandola e impossessandosi gelosamente di lei, operando una imitazione-identificazione - per dirla con Gaddini - mediante la fantasia onnipotente di essere lui stesso il licantropo. Per alleviare il terrore il paziente quindi, doveva trasformare una madre fantasmatica, attiva e pericolosa in una madre se non morta, dormiente. Di conseguenza pretendeva una analista che doveva esserci ma restare immobile mentalmente.

Da qui il passo all'insight degli elementi necrofilici del paziente è stato breve. Seppi che poteva esprimere la sua potenza sessuale solo in prossimità dei cimiteri, facendo l'amore con una ragazza in macchina sotto i cipressi. Compresi la motivazione che alimentava la sua passione per gli scavi archeologici circoscritti alle necropoli che abbondano in Sicilia, scavi che egli effettuava di notte senza l'autorizzazione degli organi preposti.

Operare l'introiezione di una madre-Idra iperattiva, discontinua e devastante, al fine di tenerla ferma dentro, comporta l'investimento di una notevole quantità di energia psichica con le conseguenze patologiche che ho descritto. Ma voglio sottolineare più marcatamente quanto sia stata intensa la catessi energetica nel paziente del “sogno degli spettri” sulla rappresentazione interna dell'oggetto. Le poche volte che in analisi egli ha parlato della madre ne ha dato l'immagine di persona tranquilla, dipendente dalle opinioni del marito, equilibrata per quanto si riferiva alle faccende domestiche; mai un accenno alla discontinuità delle sue emozioni e della sua condotta.

L'imitazione-identificazione che il paziente avrebbe operato sul vissuto di questo aspetto ma-

Due modalità di simbiosi psicotica

sta madre è un fantasma bianco, penetrante, informe e ubiquitario, altamente terrifico perché irreale ed impalpabile.

Per alleviare la tensione parossistica, operando una scissione, il paziente avrebbe instaurato altri processi di imitazione-identificazione con la madre fantasma, rappresentandosi nel licantropo, un essere animale-uomo che per dicerie popolari esiste; come esistono i fantasmi. La novella di Pirandello “Male di luna” è pervasa dalla forza della credenza popolare sulla licantropia.

Con questo paziente ho assistito dunque, sia ad un incapsulamento simbiotico della rappresentazione madre-fantasma, un’ombra da bloccare dentro, sia all’impulso di agire fuori mediante la fantasia del licantropo, quelle parti del “possesso” che egli non poteva, data l’evanescenza, tenere dentro. Perché penso che il *possesso simbiotico geloso* è un nucleo che ha caratteristiche di concretezza. È un *quid* duro e pesante. Il paziente pertanto, introiettando una rappresentazione materna impalpabile, sentiva il terrore che essa potesse espandersi totalmente nel suo Sé: da qui l’agire difensivo mediante l’identificazione autorappresentata del licantropo.

Egli aveva trovato il terreno favorevole nella credenza popolare dell’ambiente. La possibilità di terrorizzarsi più che terrorizzare gli altri, perché l’altro manca, era un suo modo psicotico di *essere per avere*, nel senso di Freud, cioè per possedere una sua *identità onnipotente*.

Anche in questo trattamento il padre è stato poco presente.

- Dall’analisi di tali patologie si evincono elementi maschili e femminili combinati, determinati da una identificazione con gli aspetti fallici della madre (ragno col pene, di Abraham) e con aspetti femminili della stessa. Sono presenti elementi di travestitismo con una sorta di ammirazione verso i travestiti. I giochi imitativi sono in genere svolti furtivamente. Un paziente giocava calzando le scarpe della madre. Devo dire che non sempre questi comportamenti sono di tipo perverso. Potrebbero intendersi, a mio avviso, come residui di imitazione ludica infantile.

Ricordo che il materiale d’analisi di un paziente spesso era talmente intrecciato che io non riuscivo a distinguere, anche se ciò non è importante, le parti relative ai sogni e le fantasie associative che egli produceva. In una seduta si era verificata l’emergenza di questo materiale indistinto. Egli riferiva della nudità sua e di suo padre (uno dei pochissimi accenni al padre?), della penetrazione anale che lui agiva sul padre, della fusione d’identità lui padre e dei suoi capelli lunghi come quelli

Due modalità di simbiosi psicotica

- Porrei al primo posto il funzionamento autoctono dell'*Identificazione Proiettiva*. Essa è povera di scambio con le introiezioni perché manca la mobilità. È *assente* dell'oggetto, dunque il flusso proiettivo non ha la meta esterna su cui depositarsi. Il paziente conosce confusamente il "dentro" e il "fuori", nella sua relazione analitica l'altro è parzialmente assente e quindi egli tende a *negare* l'*analista*. Il flusso proiettivo, essendo privo della meta si immobilizza e può trasformarsi in messaggi confusi, in reticenze, in lamenti o sprofondare nel silenzio. L'analista attento al suo processo controtransferale, può sentire questo materiale del paziente che oscilla e non sa trovare l'oggetto. Un segnale che l'analista può cogliere è il torpore mentale che lo invade, oppure l'irrequietezza. Un mezzo mobilitante potrebbe essere quello di fungere da Io ausiliario, per avviare una sorta di maieutica nel suo paziente, condurlo a sé affinché egli approdi alla capacità di discriminazione. Ci vuole la fermezza di dirgli qualcosa di vero e concreto, come io ricordo di aver fatto con uno dei pazienti: "è a me che deve parlare! è qui che deve depositare ciò che le passa per la mente! invece lei tende a rimuginare e a reingoiare ciò che affiora per coprire tutto nel silenzio!" La lotta è direi: ... dura, perché il nucleo simbiotico è polivalente e può polarizzarsi anche in senso autoctono.

Un esempio del funzionamento autoctono dell'identificazione proiettiva è quello usato dal paziente del "sogno degli spettri" mediante l'ululato del licantropo. Un suono drammatico senza meta che andava e ritornava in lui stesso come una sorta di ecolalia.

- *Il transfert di aggrappamento*. La maggior parte di questi pazienti sviluppa un transfert psicotico che è tenace proprio nell'aggrappamento all'analista. In questo tipo di transfert sostiene la Palisier (1990): "il paziente usa il terapeuta come un oggetto autistico".

Il transfert di aggrappamento è fragile perché è un transfert narcisistico. Anzi sovente le parti narcisistiche del paziente sono poste da lui in quelle dell'analista.

Può essere eloquente a tale proposito, un sogno e il materiale associativo di un paziente: "Le ho già detto che il Professore X non mi loda mai, anche se io lo merito. Pare che mi voglia ignorare. Ogni volta soffro per questa sua maniera di fare con me. Ma stanotte ho sognato il contrario". Il sogno è il seguente: "il Professore X non solo mi lodava in pubblico, ma mi chiedeva un parere medico che riguardava lui ed io ero trionfante. Ciò si svolgeva in una stanza dove c'era una persona che indossava sulle spalle una giacchetta... come quella sua". Associa: "forse è lei! E devo continuare

Due modalità di simbiosi psicotica

- Il *timing* del paziente. In genere il processo di aggiramento è contorto, lento e conduce a momenti prolissi dell'analisi. Sappiamo che il paziente erige difese massicce affinché l'analista non penetri nella sua zona nucleare e silente.

All'inizio, ogni seduta può presentarsi simile a tante altre precedenti: atonia, monotonia, lamenti reiterati senza metaoggetto, oppure aventi come oggetto la sintomatologia psicosomatica: emicrania, dolori allo stomaco. Alcuni accusano inoltre di sentire il ventre indurito oppure un particolare dolore che veniva descritto da un paziente come "sentire insopportabilmente il peso quantitativo del corpo". Proprio perché la patologia ha avuto origine nella fase simbiotica, la funzione del trattamento, a mio parere è anche quella di ricostruire la simbiosi che a suo tempo è stata distorta a causa della confusione generata dalla madre.

Per ristabilire momenti sani della simbiosi, penso che l'analista debba coniugare i propri tempi con quelli del paziente che sono i tempi della fusionalità, al fine di favorire l'emergere della mobilità verso l'esterno, bloccata a suo tempo sul nascere e convertita dal paziente in una retroazione verso l'interno. Condurlo quindi al processo dell'individuazione, depurato dall'ambivalenza.

L'ambiguità è sempre dovuta all'indifferenziazione tra Io e non-Io, tra Me e non-Me e produce una carenza della capacità discriminativa che rimane in analisi, anche per lungo tempo, opacizzata. Poi se si è attenti a coglierla si sveglia l'inizio della mobilità.

- E infine un accenno ancora al processo controtransferale.

Sappiamo che nella relazione paziente-analista si produce la condivisione di una energia che attinge al passato del paziente, al passato dell'analista e transita con intensità per entrambi, nella situazione *hic et nunc* dell'analisi, generando nuove modalità di sentire.

In un mio precedente lavoro (Sapienza Auteri 1994), ho denominato questo aspetto del controtransfert, *tono edonico* o vitale.

La sua origine è strettamente connessa, per entrambi i referenti della coppia analitica, alla energia psichica di cui le forme preverbalì sono sature e predispongono l'individuo all'interazione con l'altro. Se l'analista è attento a cogliere questo "tono" in sé e nell'altro, slatentizza nel paziente il senso di essere produttore di organizzazione mentale. Ne consegue che l'analista può avere un ruolo regolato re solo se - mediante il suo lavoro autointerpretante - riesce a coscientizzare quando il pa-

I pazienti che custodiscono nella parte nucleare del Sé questa monade simbiotica sono inibenti della mobilità nell'analisi e tendono a ridurre nell'analista il *tono edonico*, lo abortiscono sul nascere, lo devitalizzano per sommergere in lui la chiarezza del vedere.

L'autocoscienza di questo meccanismo è indispensabile per la produttività dell'analisi e per mantenere l'*identità* della relazione analitica.

Quando un paziente affetto dalla patologia descritta, opera un cambiamento ed esce gradualmente dal suo stato nucleare, sente e vive la depressione. Egli ha perduto la sua parte malata che per anni ha tenuto dentro con grande fatica. Tale sentimento non può essere esente dal lutto. Sa che da questo lutto può nascere la *mobilità e il tono vitale* se condivide questo passaggio doloroso con il suo analista.

Potrà così restaurare la perdita mediante processi nuovi, inusitati ma trasformativi. Il suo è un sentimento maturativo anche se depressivo ma che, per la sua fragilità, ha bisogno di essere contenuto saldamente da un attento lavoro analitico.

Bibliografia

- ABRAHAM, K. (1922) Il ragno come simbolo onirico. In: *Opere*, Boringhieri, Torino 1975.
- ABRAHAM, K. (1923) Vedute Psicoanalitiche su alcune caratteristiche del pensiero infantile. In: *Opere cit.*
- BION, W.R. (1963) *Gli elementi della Psicoanalisi*. Armando, Roma 1973.
- BION, W.R. (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma 1970.
- BLEGER, S. (1967) *Simbiosi e ambiguità*. Lauretana, Loreto 1992.
- FAIRBAIRN, W.R. (1952) *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino 1970.
- FENICHEL, O. (1945) *Trattato di psicoanalisi*. Astrolabio, Roma 1951.
- FREUD, S. (1900) L'interpretazione dei sogni. *OSF*, 3.
- FREUD, S. (1921) Psicologia delle masse e analisi dell'Io. *OSF*, 9.
- GADDINI, E. (1969) Sulla imitazione. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- GRIMBERG, L. (1976) *Teoria dell'Identificazione*. Loescher, Firenze 1982.

SIRACUSANO, F. (1971) Struttura sociale e sua crisi in Sicilia con riferimento ad alcune forme di dis-socialità minorile. *Riv. Neuropsichiatria Infantile*. Settembre, 1971.

WINNICOTT, D.W. (1961) La teoria del rapporto genitore infante. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.

WINNICOTT, D.W. (1964) La malattia psicosomatica: aspetti positivi e negativi. In: *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1975.

Riassunto

L'Autrice descrive due modalità di simbiosi psicotica. Per una di esse vige imperiosa la tendenza a riproporre nella vita e dunque nell'analisi, il bisogno fusionale in un sistema di relazione narcisistica. Ipotizza che la monade simbiotica sia determinata da una madre che per alimentare il proprio bisogno di continuità non avrebbe consentito - a suo tempo - al figlio l'emergenza verso l'individuazione, ostacolandogli l'uso normale della proiezione introiezione. L'altro tipo di simbiosi simbiotica si formerebbe sempre nell'area delle attività psichiche primordiali attraverso un processo intrapsichico caratterizzato dal "possesso geloso dell'oggetto" che permane cristallizzato in una zona nucleare del Sé, isolandosi per buona parte delle normali evoluzioni del processo di crescita, perdendo particolarmente la "capacità di mobilità che l'individuo usa con se stesso e con l'ambiente". Le caratteristiche peculiari di questa "forma interna" sono: la gelosia intrapsichica che tiene a bada le parti del Sé e l'immobilità. Questa seconda modalità si differenzia dalla prima perché contiene una sorgente diversa del movimento: è il bambino che incorpora una madre mutevole, contraddittoria e altalenante oppure la sua rappresentazione-fantasma (nel trauma della scena primaria) per tenerla immobile dentro, contro il senso di annientamento che essa può procurargli.

Summary

The author describes two modes of psychotic symbiosis. For one of these the driving force is to reproduce both in life and therefore in analysis "a fusional need" in a narcissistic system of relationship. The author proposes that "the symbiotic monad" is determined by a mother who, to nurtu-

Due modalità di simbiosi psicotica

isolating itself for a great part of the evolutionary growth process, engendering particularly the loss of "the capacity for movement" that the individual uses both with himself and his environment. The characteristics peculiar to this "internal form" are: intrapsychic jealousy which controls the other parts of the Self, and immobility. This second mode is differentiated from the first because it contains a different source of movement: in this case it is the child who incorporates a changeable, contradictory, mood swinging mother (or her mental representation - the trauma of the primal scene) in order to keep her immobile within himself against any feelings of annihilation that her presence, could engender. .

M.C. SAPIENZA AUTERI

Via Menza, 19/L

90126 Carania

CONTRIBUTI

CLAUDIO G. GALLIANO AULETTA

Metodo e setting con i pazienti gravi

Nel presentare, qui, alcune mie considerazioni concernenti l'applicazione del metodo psicoanalitico su una scala più ampia di quella tradizionale, desidero ricordare due brevi note di autori che si sono occupati, nella loro attività di psicoanalisti, sia di pazienti psiconevrotici, sia di pazienti "difficili" e che hanno utilizzato la loro preparazione psicoanalitica sia nel privato, sia nelle istituzioni. Ecco, dunque, la prima, di carattere metodologico: "[...] il processo psicoanalitico si trova esemplificato nel setting, nel comportamento del paziente, nella modalità di portare il suo corpo, [...] nelle associazioni libere, nelle fantasie, nei sogni e più che altro nell'espressione del transfert e del controtransfert. Un cambiamento improvviso di solito insospettisce e forse la bellezza del metodo psicoanalitico sta *nella grazia della sua continuità*. Non esiste dimostrazione più completa di fluidità continua di quella che si nota nei casi clinici di Sigmund Freud. [...] Come dice Winnicott, la bellezza del metodo psicoanalitico classico, così come si è sviluppato e conservato in questa metà di secolo, è molto di più preadattato alla situazione clinica media accettabile, di quanto non si fosse mai realizzato" (Giannotti e Giannakoulas 1985, *corsivo mio*).

Passiamo ora alla seconda, di carattere clinico: "[l'interesse] per il controtransfert [concerne] la reintroduzione nella psicoanalisi dell'elemento autoanalitico [...] l'analista riceve impressioni dal paziente [e da se stesso] in uno speciale ambiente interno di *holding* che è l'effetto mentale del training psicoanalitico. Tra l'altro l'analista sviluppa una parte della sua mente per farla agire da ambiente interno di *holding* che riceve le impressioni intersoggettive e intrasoggettive [...] Come tutti gli psicoanalisti dò molto valore alla mia pace mentale. Non mi fa piacere che venga disturbata e parte del piacere del training e dell'esperienza analitica consiste nello sviluppare un'area interna per ricevervi le comunicazioni disturbanti dei pazienti, che sono tuttavia abbastanza contenibili in modo da non disturbare troppo il contenitore. Mi piace stare a sentire i pazienti, fa piacere far parte di una

Metodo e setting con i pazienti gravi

più popolate da analisti), il turbinio suscitato dalle situazioni cliniche complesse (soprattutto per l'elevato numero di pazienti gravi), se, da un lato, rende molto difficile il recupero della pace mentale, aiuta, dall'altro, a riflettere su alcune possibilità di applicazione del metodo analitico al di fuori del suo tradizionale ambito di applicazione.

Le note degli autori sopra citati costituiscono, qui, un punto di avvio di un discorso centrato sulle possibilità di *analizzare* e di *preservare la continuità* in una gamma di situazioni cliniche che sembrano, a prima vista, ostacolare l'applicazione del metodo analitico.

Se - come è stato affermato (Bollas, 1988) - l'ideale della neutralità emotiva dei tempi di Freud costituiva un'espressione controtransferale rispetto alle caratteristiche dei pazienti prevalenti a quell'epoca, il sommovimento interiore degli analisti allo stato attuale (compresa la ricerca incessante di nuove teorie o, addirittura, il ricorso a teorie extraanalitiche) potrebbe rappresentare il controtransfert dell'analista moderno che, a contatto con pazienti molto disturbati, deve vivere egli stesso un mondo disturbato che sarà disturbante.

Come la maggior parte degli psicoanalisti ho cercato e cerco di dare un senso al disturbo, da qualunque parte esso mi provenga. In merito all'ipotesi sull'esistenza di molte psicoanalisi, Wallerstein (1988) ha contribuito a fornire rassicurazioni, quando ha richiamato l'attenzione sulla opportunità di distinguere la "*general theory*" (riferibile alla metapsicologia, espressione del "pluralismo" fondamentale degli analisti e sostanzialmente basata su metafore) dalla "*clinical theory*" (in base alla quale tutti gli analisti lavorerebbero, fondamentalmente, alla stessa maniera, per cui non ci sarebbero - a parte lo stile individuale - notevoli differenze tecniche tra analisti di orientamenti teorici diversi).

Per quanto attiene alla gestione analitica dei pazienti "difficili", penso che essi - nel porre all'analista frequenti e intense sollecitazioni emotive - propongano anche significative possibilità di elaborazione analitica a favore di un effettivo approfondimento della ricerca analitica, ancorata - com'è nella sua tradizione - ai fenomeni dell'esperienza clinica. Proporrò qui di seguito alcune illustrazioni cliniche e, nella seconda parte di questo articolo, alcune riflessioni connesse con le relative implicazioni teoriche e tecniche.

dell'inizio del trattamento "regolare". Ho, poi, potuto ricondurre questo aspetto di controtransfert alla natura transferale profondamente ambivalente del suo rapporto con me. L'ambivalenza di G. si esprime, infatti, per un lunghissimo periodo, in analisi, con caratteristiche di paradosso e di ambiguità, costituendo un aspetto della psicosi di transfert. L'intensità degli affetti, quasi sempre contraddittori, della paziente è considerevole ed in lei manca in maniera rilevante l'aspetto del "come se". Ella salta a più riprese le sedute, mi attacca in modo violento e paralizza, in certi momenti, la mia capacità di "sentire". Dopo aver potuto considerare, tra l'altro, l'aspetto persecutorio - proposto costantemente nel transfert - e la persistenza, in lei, di immagini confuse, mi sono accorto di quanto occorresse evitare interpretazioni, soprattutto quelle relative alla sua intensa tendenza alla passività ed alla dipendenza, così come mi sono reso conto della necessità di entrare in contatto, con G., partendo dalle sue situazioni concrete, senza imporle un atteggiamento analitico ad un livello di funzionamento mentale troppo evoluto per lei. La maggiore tollerabilità a livello mentale, da parte di G., di certe sensazioni, sarà possibile dopo molti anni di analisi, durante i quali ho dovuto, tra le tante situazioni impostemi dalla paziente, lasciarmi intimare un profondo senso di imbarazzo e di inadeguatezza, il gioco costante di scissioni e di identificazioni proiettive (non interpretabili, pena il serio rischio di un suo crollo psicotico) ed il suo profondo senso di vuoto. I continui attacchi nei miei confronti si connoteranno proprio come una difesa dal senso di vuoto interno e dall'angoscia per l'assenza dell'oggetto. È, cioè, come se la paziente utilizzasse l'aggressività per determinare una specie di cortocircuito emozionale che: a) la facesse sentire viva, b) le permettesse di mantenere un legame con l'oggetto (che, benché persecutorio, è preferibile all'assenza dell'oggetto) e c) le consentisse una forma di coesione del Sé attraverso una modalità relazionale stereotipata. Tali osservazioni e considerazioni sono strettamente connesse con delle mie reazioni controtransferali a carattere sensoriale, che G. induce cercando un contatto con lo sguardo e chiedendo, a volte, soprattutto quando è particolarmente minacciata dal senso di vuoto, di stare seduta, anziché sdraiata. Occorre osservare, dal punto di vista tecnico, che in tale situazione, è stato opportuno permettere alla paziente di assumere la posizione richiesta, piuttosto che interpretare, perché la sua esigenza prevalente era sul versante del bisogno di protezione e di sicurezza; l'interpretazione infatti - agendo a livello simbolico - avrebbe difficilmente potuto raggiungere la paziente, anche con un'atteggiamento di inda-

Metodo e setting con i pazienti gravi

livello profondo nel mondo interno della paziente, il clima emotivo transferale e controtransferale è a lungo caratterizzato da anaffettività: ciò risulterà riflettere caratteristiche interne relative a momenti precoci di rapporto di S. con la madre. Dato il suo costante senso di disperazione - e anche in ragione della giovane età della paziente - impronto per molto tempo i miei interventi sul tentativo di darle una speranza: cerco, allora, di farle notare che, così come la malattia ha minato la sua fiducia, il superare le difficoltà può restituirle una fiducia più solida, in quanto fondata sulla reale capacità di affrontare le difficoltà. Ella riferirà, in un'occasione, di aver subito, nella precedente psicoterapia con uno psichiatra, violenza ed intrusione nell'intimo. E tale intrusione la paziente cerca di intimarmi, per cercare un contenimento ed una condivisione. In una seduta, durante una fase in cui è molto concitata, S. porta in analisi un numero indescrivibile di suoi disegni: ella, anziché sdraiarsi sul lettino, si siede sul tappeto e sparge i suoi lavori sul pavimento: dopo momenti che mi appaiono interminabili (durante i quali, paralizzato, mi chiedo "e adesso che faccio?!") incomincio a rendermi conto di sentirmi invaso, provo una sensazione di difficoltà e penso che la seduta non è sufficiente a vederli tutti. Pian piano, però, mi accorgo che la paziente cerca, in una fase prevalentemente simbiotica, un "rifornimento" narcisistico stabilizzante (e non gratificante): quando, allora, a fine seduta, ella mi chiede cosa io pensi dei suoi disegni, riferendomi che il precedente terapeuta glieli interpretava, le dico "semplicemente" che i suoi disegni sono molto belli (e lo penso davvero). Nell'ambito di intense tendenze regressive la paziente mi lascia, un giorno, il suo quaderno di poesie con dentro la carta d'identità. Rientrando dopo un periodo di vacanza, la trovo, nonostante la massiccia terapia farmacologica assunta, piuttosto "mal messa". Ella ottiene, però, un miglioramento sorprendente, anche per la rapidità con cui avviene, dopo che io, avendo colto lo stato di profonda regressione di S., sospendo l'atteggiamento analitico-interpretativo e mi dispongo verso un atteggiamento prevalentemente di accoglimento e contenimento. Ciò passa anche attraverso il mio consentirle di esprimere la sua regressione con delle manovre concrete (come il portare i disegni in seduta), come se dovessi "concretamente" entrare in rapporto con le sue possibilità, i suoi limiti e le sue sofferenze.

Le situazioni cliniche sopra descritte concernono la pratica privata e mostrano l'analista al lavoro con pazienti che "attentano" alla sua pace, ma pur sempre nella familiarità della stanza d'analisi; esse, inoltre, lasciano intravedere *la necessità, per l'analista, di utilizzare strumenti aggiuntivi* (ad

te nella tecnica - l'uso che l'analista fa degli aspetti di realtà e la sua responsabilità nella gestione del cosiddetto transfert "irreprensibile" (Lipton, 1977). Si tratta di situazioni cliniche che non sollevano interrogativi quanto al dove dell'analisi, che viene, appunto, svolta nel suo ambito consueto, ma che lasciano intravedere delle ambivalenze lungo l'asse transferale-controtransferale, ambivalenze riferibili al come, inteso come insieme di modalità e possibilità emotive e tecniche di approccio a condizioni cliniche "difficili" (a carattere psicotico): tali condizioni sono gestite al servizio del paziente anche grazie all'elaborazione del "disturbo" - di cui parla Bollas - e alla continuità del metodo, a cui accenna Giannotti.

Le situazioni di cui parlerò ora, invece, riguardano contesti istituzionali nei quali l'analista non fa affatto una psicoanalisi, né una psicoterapia psicoanalitica, ma applica il metodo analitico (ad esempio l'analisi del transfert e del controtransfert) in compiti clinici di diversa natura, nei quali si trova impegnato: 1) consulenza ospedaliera specialistica per la divisione ostetrico-ginecologica; 2) consulenza diagnostica richiesta dal Tribunale dei Minorenni.

Prima situazione clinica.

T. è una donna di trent'anni ricoverata in ostetricia per la nascita del secondogenito. Ella viene inviata in consulenza per un inizio di psicosi puerperale. La paziente mi appare molto debilitata a livello fisico ed a livello psichico, ma riesco a stabilire un contatto con lei sulla base della sua preoccupazione di prendersi cura del bambino. Partendo dal mio "sentire" il suo livello di regressione e cogliendo la sua richiesta di transfert, mi dispongo ad assumere un atteggiamento protettivo e rassicurante; ottengo la collaborazione del marito e dei colleghi ginecologi, dopo di che la paziente, su mio invito, rimane ricoverata in una stanza singola, con il marito che si prende cura di lei per tutte le incombenze pratiche, mentre ella viene lasciata a dormire per la maggior parte del tempo, tranne che per i momenti in cui deve allattare il suo bambino. Nell'arco di una settimana la paziente appare rinata: T. viene al mio Servizio per le sedute di sostegno sorridente e calma, sembra un po' sfiorita, come per una grande fatica, ma è lucida, presente a se stessa ed emotivamente congrua.

Seconda situazione clinica.

l'altro, quanto egli temesse dopo aver perso la moglie - il rischio di una brusca rottura del legame con i figli per l'intervento del Tribunale ha non solo favorito l'indagine diagnostica, ma ha "risignificato" (*Nachtraeglick*) il setting clinico di valenze terapeutiche, tant'è che nel corso dei vari incontri M. è divenuto progressivamente più congruo, giungendo a riconoscere il bisogno d'aiuto per sé e per i propri figli.

Ho descritto queste ultime due "vignette" cliniche consapevoli del fatto che esse costituiscono esempi di ottica e di sensibilità analitiche, ma non, ovviamente, di terapia analitica *tout court*. Esse, inoltre, concernono il dove dell'applicazione del metodo analitico e non sono addotte per riferire della generica bontà di esso, bensì per proporre una "logica" di utilizzazione anche in ambiti diversi da quello tradizionale. Le diverse esemplificazioni proposte, riferite a contesti differenti, si prestano, pertanto, secondo me, a introdurre alcune riflessioni sulla teoria e sulla tecnica. Confesso che il turbamento suscitato dai pazienti e, a volte, per me, più tollerabile di quello determinato dalle incessanti proposte di cambiamenti teorici, soprattutto quando questi sono molto lontani dalla clinica. Aggiungo di essere convinto che - così come è stato per la nascita e lo sviluppo della psicoanalisi - tale disciplina non possa prescindere dalla clinica e che solo quest'ultima possa consentire di fondare una teoria "coerente", cioè allo specifico livello di analisi a cui si situa il nostro oggetto di studio.

Desidero ora ricondurmi a certe considerazioni, fatte da alcuni colleghi, forse provocatoriamente, sulla necessità o meno di usare il lettino in analisi (cfr. ad esempio, Bonasia 1994). L'ipotesi secondo cui il lettino non è utile mi ha suscitato la seguente analogia: è come se un chirurgo, trovandosi, in una situazione d'emergenza, ad operare con strumenti rudimentali, dopo aver effettuato l'intervento con successo e con sua personale soddisfazione, concludesse che si può fare una buona chirurgia anche senza gli strumenti solitamente usati in sala operatoria. Dobbiamo, allora, affermare che il lettino analitico è necessario, o no? E, inoltre, perché mi riferisco alla psicoanalisi anche a proposito di situazioni, come quelle descritte, nelle quali ho fatto a meno non solo del lettino, ma addirittura della stanza d'analisi? La tesi che desidero, dunque, qui proporre - affrontando da una personale prospettiva il materiale clinico descritto - è che, indipendentemente dalle modalità "codificate" di approccio, si possa usare il metodo psicoanalitico anche al di fuori della stanza d'analisi, così come si possa fare altro dalla psicoanalisi pur nella stanza d'analisi (le situazioni a carattere

Metodo e setting con i pazienti gravi

non possiamo dimenticare che - come Freud ci ha insegnato - la psicoanalisi si basa sull'analisi del transfert e delle resistenze. Tale processo deve tener conto, però, del reale stadio di crescita del paziente: senza il "contatto" con l'effettivo livello di sviluppo del paziente, infatti, nessuna analisi, comunque intesa nelle procedure tecniche da applicare, è realizzabile. Da un tale punto di partenza mi è, allora, difficile, ad esempio, comprendere appieno la possibilità di realizzare secondo un'ottica psicoanalitica certe forme di intervento stabilite a priori (ad esempio terapie "brevi", "focali", ecc.), *prescindere dal particolare incontro clinico e, quindi, dalle effettive esigenze e possibilità del paziente*. Mi sembra, infatti, che il punto di intervento in una terapia sia da cercare in ciò che il paziente inconsciamente ci comunica: nel transfert c'è tutto, il fallimento del paziente e ciò di cui egli ha bisogno per riprendere l'evoluzione del suo sviluppo interrotto (Winnicott 1978). Il transfert va, naturalmente, interpretato, cioè compreso, ma non necessariamente esplicitato ai pazienti, soprattutto quelli gravi che necessitano di compiti di "gestione" da parte dell'analista. Da un'analoga, critica prospettiva, peraltro anch'essa winnicottiana, mi pongo rispetto alle situazioni di setting "non ortodosso", quali quelle tipiche delle istituzioni, ponendomi, in tali casi, l'interrogativo "qual'è il minimo che si deve fare" e cercando la tecnica più adatta allo scopo. Mi chiedo, allora, se la difficoltà a "fare psicoanalisi" nelle istituzioni pubbliche non sia tanto dovuta al luogo in cui si svolge la relazione clinica, quanto all'incontro tra le caratteristiche del paziente e la personalità del terapeuta (Giannotti, 1983). In relazione a tale ipotesi, ritengo che un approccio tecnico-clinico conseguente debba focalizzare, secondo un'ottica intersoggettiva, l'impatto che la personalità e la formazione del terapeuta hanno sulla soggettività del paziente. Se è vero che non dobbiamo dimenticare quanto il paziente definisca con il suo contributo la specificità della terapia (Bonaminio 1993), mi sembra altrettanto significativo il porre attenzione sull'effetto che la soggettività dell'analista ha sul mondo interno del paziente. Le variabili esterne del setting, pertanto, vanno indagate, a mio avviso, dalla prospettiva del significato che esse rivestono per il paziente. Il setting stesso può essere, in tal modo, costruito e "significato" nei termini di un'indagine empatica che comprenda i limiti e le possibilità evolutive del paziente e della coppia terapeutica.

Anche i trattamenti dei pazienti gravi, pertanto, sia se *visti* nello studio dell'analista, che nelle istituzioni pubbliche, possono dare un contributo essenziale allo sviluppo della tecnica e della teoria

Metodo e setting con i pazienti gravi

stro lavoro] non può non incentrarsi sulla incessante messa in causa delle *mesalliances* tra transfert e controtransfert; *semplicemente perché questo è il nostro vertice ed è questo ciò che possiamo fare*” (Barale e Ferro 1992, *corsivo mio*). La mia idea è che l’ottica “di campo” - così come proposta dagli autori citati - contenga un gap tra la “nuova” prospettiva teorica e quella tecnica (che mi appare rimanere in linea con la classica prospettiva unipersonale).

Quest’ultimo punto mi pare essenziale per una serie di considerazioni relative all’argomento in oggetto. La mia impressione è che noi analisti abbiamo ancora molto da capire sul funzionamento della mente dalla nostra peculiare prospettiva, quella dell’intrapsichico. Freud, nel descrivere l’elemento di resistenza intesa come difesa, era partito dalla rimozione, mentre, successivamente, sarebbe stato possibile capire altri meccanismi di difesa: si consideri l’apporto fondamentale di Anna Freud, il contributo kleiniano sull’identificazione proiettiva, il riconoscimento, ad opera di Bion, dell’importanza di quest’ultimo meccanismo come fattore comunicativo, ecc. Negli ultimi anni il contributo più significativo in merito mi è parso quello sull’introiezione estrattiva di Bollas (1986). Penso, poi, che siano da approfondire ulteriormente dal punto di vista teorico - e da utilizzare al meglio delle loro implicazioni anche dal punto di vista tecnico - i contributi che i principali autori hanno fornito nel corso della storia della psicoanalisi. Quando Freud, infatti, elabora la sua teoria ed il suo metodo terapeutico, lavorando con pazienti prevalentemente psiconevrotici, egli mette l’accento su una dimensione specifica della mente, che concerne l’ambito pulsionale. Winnicott ci ha dimostrato - contrariamente a ciò che si è creduto per molto tempo, cioè che certi pazienti gravi non fossero analizzabili - che essi andavano considerati da una prospettiva che tenesse conto soprattutto di un’area mentale, quella del bisogno, diversa dalla dimensione del desiderio pulsionale. Kohut, da parte sua, ha evidenziato un’altra dimensione (o, forse, una sottodimensione di quella del bisogno), quella della sicurezza e della stabilità e coesione del Sé. Tutti sanno che una madre che si prende cura del proprio bambino attiva delle funzioni mentali diverse a seconda che debba rispondere ad un desiderio del figlio, oppure se andare incontro ad un suo bisogno, predisporre empaticamente nei suoi riguardi. Sappiamo che è cosa diversa cogliere un bisogno (magari essendo disponibili a ricevere le comunicazioni inconsce attraverso le identificazioni proiettive), rispetto ad una funzione empatica che prescinde dalla comunicazione dell’altro: la madre, ad esempio, attiva due funzioni diverse,

Metodo e setting con i pazienti gravi

con cui rispondere in modo terapeutico ai differenti livelli ai quali siamo sollecitati dai vari pazienti, o a differenti livelli dallo stesso paziente durante l'analisi. Se consideriamo l'importantissimo contributo della Klein, possiamo notare che ella concepisce, quale "motore" dell'apparato psichico, l'angoscia. Dal punto di vista tecnico l'ottica kleiniana propone la necessità di un intervento interpretativo costante, il più possibile precoce ed al punto di massima urgenza, cioè ad un livello profondo. Oggi sappiamo, però, che le angosce sono di vario tipo e che è non solo inutile, ma addirittura dannoso interpretare precocemente delle angosce primitive. Anzi: anche con pazienti nevrotici, specie se in fasi di regressione, l'attività interpretativa può essere sconsigliata. La mia personale opinione, pertanto, è che - oltre a studiare il "campo" e le "relazioni" dobbiamo anche proseguire nella ricerca dei meccanismi intrapsichici, della costituzione strutturale, organizzativa e funzionale della mente e considerare attentamente che il "campo" e la "relazione" in psicoanalisi includono una dimensione intrasoggettiva ed una intersoggettiva (Stolorow et Al., 1994), non "semplicemente" relazionale: altrimenti si rischia una trasposizione di altre discipline nella nostra, anziché prendere spunti dalle altre discipline da utilizzare come elementi metaforici, da riportare, comunque, alla dimensione intrapsichica. Credo che l'integrazione della prospettiva classica (intesa come studio dell'inconscio intraindividuale) con quella psicoanalitico-relazionale (intesa come studio dell'inconscio intersoggettivo) costituisca un percorso significativo per unire il polo teorico-clinico e quello tecnico-clinico della ricerca analitica e per tendere alla coerenza di un setting e di un metodo entrambi analitici.

Il lavoro clinico con i pazienti gravi, così come quello nelle istituzioni - se improntato a un'ottica analitica - possono costituire un utile training alla possibilità di utilizzare uno strumento fondamentale dell'analisi: si tratta di uno strumento interno, costruito dalla funzione analitica. Quindi, lettino sì o lettino no; psicoterapia breve o psicoterapia lunga; psicoanalisi o psicoterapia: la varietà dei pazienti e gli effetti sulla psicopatologia prodotta dai cambiamenti sociali (Modell 1984) ci insegnano, tra l'altro, a porre attenzione alle differenti dimensioni mentali che caratterizzano in modo prevalente una determinata patologia. Così come con i pazienti psiconevrotici siamo sollecitati, pertanto, ad intervenire soprattutto a livello del desiderio (come pulsione), con i pazienti borderline, narcisistici e psicotici dobbiamo intervenire tenendo conto prioritariamente delle aree del con-

psicoanalitico in un'ampia gamma di situazioni. Se, infatti, ci si pone da un'angolazione fondata su un "approccio operativo", si può superare una delle antinomie della teoria e della tecnica psicoanalitica: quella che concerne la psicoanalisi, da un lato, come teoria generale del funzionamento della mente e, dall'altro, come strumento terapeutico, applicabile in modo corretto, però, ad un numero limitato di pazienti. Un approccio operativo in sintonia con precise regole tecniche può essere osservato se si adatta la tecnica alle caratteristiche del paziente. Il metodo analitico fallisce nelle sue finalità curative, se si pretende di adattare il paziente al metodo, utilizzando, magari, un solo strumento, ad esempio l'interpretazione.

La sopravvivenza e l'evoluzione della nostra disciplina mi appaiono, così, legate a tre aspetti: 1) la possibilità di mantenere la sua specificità, che si basa non tanto sul setting esterno, quanto su quello interno (funzione analitica); 2) la sua capacità di porsi genitalmente (nel senso freudiano di raggiungere l'oggetto e trasformarlo) rispetto a vari ambiti tradizionalmente considerati extraterritoriali (istituzioni, ecc.); 3) la sua elasticità nell'applicare il metodo psicoanalitico alle situazioni psicopatologiche più diverse.

Nel concludere queste brevi considerazioni, credo che possiamo essere sempre più inclini a interrogarci sul "come e dove" della psicoanalisi, più che su "quale" psicoanalisi. A quest'ultimo interrogativo, infatti, ha già risposto in modo pertinente Wallerstein (1988).

Bibliografia

BARALE, F. FERRO, A. (1992) Reazioni terapeutiche negative e microfratture della comunicazione analitica. In: Nissim Momigliano, L. Robutti, A. (a cura di) (1992) *L'Esperienza condivisa*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

BOLLAS, C. (1986) *L'introiezione estrattiva*. Seminari della II Cattedra di N.P.I. dell'Università di Roma "La Sapienza".

BOLLAS, C. (1988) *La funzione multipla dello psicoanalista: la regressione multipla nel controtransfert*. Seminari della II Cattedra di N.P.I. dell'Università di Roma "La Sapienza".

BONAMINIO, V. (1993) Del non interpretare. *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 453-477.

BONASIA, E. (1994) Dobbiamo ancora usare il lettino? Riflessioni su modelli della mente e tecnica.

- GIANNOTTI, A., JIANNAKOULAS, A. (1985) Il processo psicoanalitico negli adulti e nei bambini (considerazioni sulla relazione coppia genitoriale patologia del bambino. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 1, 68-82.
- LIPTON, S. (1977) I vantaggi della tecnica di Freud evidenziati nella sua analisi dell'Uomo dei topi. Traduzione non pubblicata di E. Ferretti dall'*Int. J. Psycho-Anal.*, 58.
- MODELL, A.H. (1984) *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Raffaello Conina, Milano.
- STOLOROW, RD., ATWOOD, G.E., BRANDCHAFT, B. (1994) *The intersubjective perspective*. Asonson, Northvale. Tr. it. *La prospettiva intersoggettiva*. Borla, Roma 1996.
- WALLERSTEIN, R.S. (1988) One psychoanalysis or many? *Int. J. Psycho-Anal.*, 69, 5-21.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Gioco e Realtà*. Armando, Roma, 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1978) *Frammento di un'analisi*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981.

Riassunto

L'autore richiama l'attenzione sull'importanza della clinica ai fini dello sviluppo della teoria psicoanalitica e ritiene che lo studio ed il trattamento delle patologie gravi apportino un significativo contributo alla possibilità di ampliare i limiti di applicazione del metodo psicoanalitico. Viene, inoltre, sottolineata l'importanza, in psicoanalisi, di un "approccio operativo", fondato sull'adozione della funzione analitica, che orienti il setting interno dell'analista, contribuendo a creare quello esterno in relazione allivello di sviluppo mentale dei pazienti.

Summary

The author remarks the importance of clinical practice for the development of psychoanalytical theory and states that the study and the therapy of the "difficult" patients could be very useful to extend the boundaries of psychoanalytical method's application. Moreover, in this paper the importance, in psychoanalysis, of an "operative approach" is underlined: founded on the analytical function, this approach leads the analyst from his inner setting to one external, according to the psychological development of the patients.

ISTITUZIONI

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

SIMONETTA M.G. ADAMO, ANTONIO DE ROSA, PAOLA GIUSTI, FLAVIA PORTANOVA,
CRISTINA RICCIARDI, SARANDIS THANOPULOS, PAOLO VALERIO, FULVIO VORIA

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari*

Introduzione

Il nostro gruppo di lavoro si è costituito alcuni anni fa, dall'incontro di operatori impegnati in ambiti diversi, ma accomunati da esigenze cliniche ed istanze conoscitive affini. Come psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico, inseriti in Facoltà mediche, condividevamo infatti l'esigenza di individuare modelli teorici e strategie operative, congruenti non solo con il triplice mandato istituzionale (scientifico, didattico ed assistenziale), ma anche con la nostra formazione ed identità professionali.

La possibilità di realizzare, all'interno di un policlinico universitario, interventi brevi, ispirati ai principi della psicoanalisi, ha costituito così il nostro oggetto comune. Tale tematica era infatti affrontata da tutti i componenti del gruppo, essendo impegnati alcuni in un Centro di consultazione psicologica per studenti universitari, dove viene offerto ai giovani un ciclo di quattro colloqui psicoanaliticamente orientati¹, ed altri in Servizi di psicoterapia, dove vengono effettuati trattamenti brevi individuali e di gruppo.

La brevità degli interventi da noi proposti poneva problemi che, schematicamente, concernevano, per quel che riguardava il Centro di consultazione psicologica per studenti universitari, l'assenza, nei casi in cui se ne ravvisava la necessità, di un prosieguo terapeutico; per quel che concerneva, invece, i Servizi di psicoterapia, la difficoltà di operare con pazienti giunti al Servizio sulla base di invii generici o di natura prevalentemente evacuatoria.

La collaborazione tra le varie équipes soddisfaceva così la duplice esigenza di offrire agli studenti un prosieguo terapeutico, congruente con l'approccio psicomotivo, di cui avevano fatto espe-

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

Inoltre, quest'esperienza consentiva al gruppo di continuare ad interrogarsi, questa volta in un ambito allargato in cui confluivano prospettive e vertici diversi², su una serie di tematiche inerenti agli interventi brevi, più in generale, e le psicoterapie brevi, più in particolare.

Ai fini del presente lavoro ci soffermeremo, però, specificamente sulla tematica dell'invio, in quanto punto di raccordo tra le diverse équipes e nodo cruciale in ogni intervento psicoterapeutico breve.

Gli studenti e l'esperienza della consultazione

Il Centro di consultazione psicologica per studenti universitari è attivo da circa quindici anni³. Esso offre agli studenti, che ne fanno richiesta, la possibilità di effettuare gratuitamente un ciclo di quattro colloqui individuali a cadenza settimanale, che possono essere ripetuti a distanza di tempo, qualora ciò appaia opportuno ed il giovane ne avverta la necessità. Gli studenti afferiscono al Centro sulla base dell'autosegnalazione, che presuppone un certo grado di consapevolezza dei propri problemi e della necessità di affrontarli ricorrendo ad un aiuto esterno. Ne deriva un alleggerimento della dinamica resistenziale, comunque presente, ed una possibilità, come osserva A. Dartington (1988), di incontrarsi a metà strada.

L'autosegnalazione implica, però, l'assenza di un filtro iniziale. Le situazioni, che si presentano al Centro, coprono pertanto uno spettro molto ampio di problemi. Da un lato ci si confronta con le difficoltà incipienti degli studenti più giovani, per i quali il ricorso al Centro assume spesso il carattere di un intervento preventivo e lo spazio della consultazione esaurisce in genere, almeno temporaneamente, il bisogno e la disponibilità ad esplorare le connessioni emozionali sottostanti le loro difficoltà.

All'estremo opposto si collocano quelle situazioni di grave patologia, che si presentano più frequentemente in studenti anziani (dai ventisei ai trenta anni), nei quali l'aggrapparsi ad un'identità, ormai disancorata da ogni reale aggancio ad un iter accademico e ad una progettualità professionale, ha spesso un carattere difensivo, rispetto all'entrare in contatto con sottostanti, gravi, problematiche psicopatologiche (Danon-Boileau 1984). Per questi studenti la consultazione mira a favorire un esame di realtà, arginando l'invalidante ricorso a fantasie riparative magiche ed onnipotenti (Adamo

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

L'esperienza dei colloqui apre per essi uno spazio a potenzialità introspettive e riflessive, che appaiono però troppo fragili e conflittuali per poter sopravvivere e svilupparsi in assenza di un adeguato sostegno terapeutico.

Così una studentessa, nell'approssimarsi della conclusione dei colloqui, espresse la preoccupazione che l'effetto degli stessi potesse vaporare il *counsellor*. Un'altra giovane associò, invece, il colloquio con la psicologa ad una visita fatta in passato ad una cartomante che, al momento del commiato, le aveva dato un talismano da portare con sé, comunicando, in tal modo, sia pure con modalità primitive e concrete, il bisogno di continuare a restare in contatto con l'esperienza effettuata.

In maniera più significativa, alcuni studenti fanno riferimento, in una fase intermedia o conclusiva dei colloqui, a figure quali: un nonno, un sacerdote, un insegnante ed alla funzione di ascolto, sostegno e guida da esse svolta. Tali associazioni sembrano riferirsi alla possibilità di stabilire un legame significativo con un adulto, che diviene accessibile proprio in quanto sganciato da un immediato transfert di tipo genitoriale.

Allusioni ad una funzione analoga, su un versante però più colorato da componenti narcisistiche ed onnipotenziali, sono espresse attraverso il riferimento, che alcuni giovani fanno a romanzi, libri o dispense settimanali di filosofia o psicologia

Tale fascia di studenti, per i quali lo spazio della consultazione risulta insufficiente a soddisfare il bisogno di aiuto ha stimolato, negli anni, interrogativi rispetto alla necessità di offrire loro la possibilità di ampliare i limiti dell'esperienza di incontro e riflessione su di sé. Solo in un numero molto ridotto di *casi*, infatti, è possibile, sulla base di una valutazione dei fattori interni (gravità del disturbo, motivazione al cambiamento, flessibilità/rigidità dell'assetto difensivo, capacità di insight) e delle condizioni di vita esterne del giovane, giungere ad un'indicazione condivisa di trattamento psicoanalitico o psicoterapeutico classico.

In un ampio numero di casi si pone perciò l'esigenza di esplorare altre soluzioni terapeutiche, che possano risultare più accessibili a tale fascia di giovani, per i quali l'esperienza della consultazione appare troppo limitata ed insufficiente ma che non sembrano, al tempo stesso, pronti a sostenere l'impegno richiesto da un trattamento psicoanalitico o psicoterapeutico a lungo termine. Le

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

Le psicoterapia breve con tardo-adolescenti e giovani adulti

Esiste un ampio dibattito, maturato soprattutto nell'ambito dei Centri di aiuto psicologico per studenti universitari dei paesi anglosassoni e nord-americani, riguardo l'opportunità di indicazione di una psicoterapia breve in tale fascia di età.

Pur essendo consapevoli di operare in tal modo una semplificazione, accenneremo in breve a due posizioni, che rappresentano punti di vista nettamente contrastanti, rispetto alla possibilità di proporre psicoterapie brevi per i tardo-adolescenti ed i giovani adulti.

Da un lato, vi sono gli autori come Mann (1973), che ritengono che i tardo-adolescenti ed i giovani adulti siano i soggetti più indicati per una psicoterapia breve. Secondo Mann infatti: “in assenza di poche, gravi, condizioni invalidanti è probabile che il paziente si trovi nel mezzo di una crisi maturativa [...] I disagi emozionali che compaiono sono tipicamente collegati al processo di separazione-individuazione ed il grado di flessibilità, generalmente presente in questi giovani, rende la fase conclusiva del trattamento un'esperienza autentica di consolidamento della crescita [...], essendo il limite temporale congruente con il loro desiderio di indipendenza”.

Una posizione del tutto contraria all'indicazione di psicoterapia breve per i giovani è espressa invece da Slavin (1981), per il quale i tardo-adolescenti sono “evolutiveamente impreparati, per quanto penosi o urgenti possano essere i loro problemi, ad abbandonare la convinzione che la soluzione sia lì fuori, ed iniziare ad impegnarsi in quella interiorizzazione dei conflitti necessaria per il lavoro terapeutico”. In tale ottica quindi, per Slavin, l'esperienza della consultazione riveste un ruolo estremamente importante, “al fine di massimizzare le possibilità per i giovani di abbandonare il focus esternalizzato, impegnandosi in un trattamento e di gettare, d'altro canto, le basi di un lavoro successivo per coloro che possono essere evolutiveamente meno preparati”. La terapia breve costituirebbe invece, molto spesso un agito da parte del terapeuta, volto a superare le resistenze del giovane attraverso “la seduzione di un intervento breve o focale”.

Condividiamo con Slavin, e con autori come Anne Hurry (1986), l'idea che uno degli scopi principali della consultazione sia quello di favorire l'interiorizzazione della problematica, ma non riteniamo, per converso, di associarci alla sua rigida preclusione nei confronti di ogni tipo di psicoterapia breve che ci sembra, viceversa, potenzialmente indicata per i giovani adulti, in virtù delle

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

A questo proposito ci sembra utile rimandare alla rassegna critica, curata da Fossi (1988), relativa alle posizioni assunte da diversi autori. Da un'attenta disamina di vari contributi scientifici, egli conclude che "su questo tema sembrano coesistere due posizioni diverse, agli estremi opposti di una serie che comprende numerose posizioni intermedie [...]. Quelli tuttora non risolti sono i problemi più banali e cioè se la psicoterapia breve può essere indicata solo per i conflitti più o meno circoscritti e di insorgenza recente oppure può essere estesa ad una patologia più complessa; se è necessario o meno limitarla a soggetti con speciali caratteristiche della personalità [...]. Si può dire che nessuno dei punti appena elencati trovi l'unanimità dei consensi: ognuno di essi è diventato non essenziale per alcuni autori, quando addirittura non si è trovato preferibile l'opposto".

L'orientamento seguito dal nostro gruppo di ricerca è stato quello di escludere, ai fini di un potenziale invio in psicoterapia breve, i soggetti psicotici, depressi, ossessivi gravi e personalità paranoiche e di valutare attentamente i casi che presentavano problematiche di tipo borderline e di forte deprivazione.

L'esperienza clinica rendeva però spesso sfumato tale criterio o imponeva la necessità di integrarlo con altri tipi di considerazioni. Si faceva strada, a volte, una preoccupazione a lasciare del tutto privi di aiuto giovani che non apparivano in grado di accedere ad un trattamento psicoanalitico per motivazioni varie quali, ad esempio, la mancata indipendenza economica, la difficoltà di comunicare ai genitori il proprio disagio, la quasi totale assenza di strutture pubbliche in grado di offrire trattamenti psicoanalitici a basso costo.

Attraverso una serie di casi, preselezionati dall'équipe del Centro di consultazione e discussi nel gruppo di ricerca nel corso di riunioni quindicinali, si è cercato così di individuare, nel tempo, alcuni criteri e di costruire un setaccio, le cui maglie non fossero né troppo strette né eccessivamente ampie. Nel lavoro di valutazione è rientrato anche il tentativo di stabilire, di volta in volta, se il contesto terapeutico più idoneo ad accogliere il giovane fosse quello individuale o quello di gruppo, tenendo anche conto delle caratteristiche di tali setting.

Rispetto al modello di psicoterapia analitica breve, c'è stato un ampio confronto tra gli operatori, relativamente alle proprie esperienze individuali ed al proprio modello operativo istituzionale, viste le non poche incertezze ed i temi controversi, presenti in quest'ambito. Ad esempio, lo stesso

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

Il modello in definitiva adottato si rifaceva a quello di Malan (1976) e ne riprendeva gli elementi cruciali quali: la cadenza settimanale degli incontri, la durata prestabilita e limitata a un anno solare, la collocazione *vis à vis*, l'atteggiamento neutrale del terapeuta, l'utilizzo dell'interpretazione di transfert, il lavoro sulla separazione. Rispetto al *focus*, l'orientamento, all'interno del gruppo, è stato quella di non considerarlo come un nucleo di problemi da affrontare e superare, ma come una possibilità di esplorazione del mondo interno del paziente e talora di una scoperta dell'esistenza di una vita psichica, cui potersi avvicinare, con tutte le difficoltà e potenzialità presenti ed evidenziatesi nel rapporto terapeutico, così come sostenuto da Bria e Ciocca (1988). Tali autori propongono infatti di intendere il "concetto di *focus* come nodo problematico intorno al quale vengono a convergere le difficoltà del paziente, in cui, cioè, si riassumono spontaneamente le difficoltà del suo discorso, la sua richiesta di aiuto, l'interagire con il terapeuta".

Per quanto concerne il modello di psicoterapia breve di gruppo da noi adottato, esso (Bahvey, McCallum, Piper 1991) mira a coniugare l'esperienza, ormai pluridecennale, di trattamento psicoanalitico in piccoli gruppi con l'utilizzazione, ai fini dell'accelerazione dell'intervento terapeutico, di fattori come l'amplificazione delle emozioni individuali (per effetto della "risonanza" gruppale), la "socializzazione" dei vissuti e le identificazioni crociate tra i partecipanti.

Tali fattori, da una parte favoriscono i movimenti introspettivi e, dall'altra, consentono la formazione più rapida di configurazioni emotive leggibili e interpretabili. L'uso occasionale di tecniche non psicoanalitiche (psicodramma, esercizi gestaltici, musicoterapia) favorisce un migliore sfruttamento dei fattori gruppali acceleranti, con la realizzazione di forme di rappresentazione in grado di drammatizzare le dinamiche relazionali all'interno del gruppo. La drammatizzazione permette di legare situazioni emotive emergenti a configurazioni espressive che, piuttosto che agire sull'emozione, scaricandola, la rendono comunicabile e riconoscibile. La combinazione di modelli interpretativi psicoanalitici con un setting che, pur rimanendo psicoanalitico nella sua impostazione generale, si avvale di modalità di rappresentazione - a diversi livelli - dei vissuti, facilita l'individuazione e l'esplorazione psicodinamica di aree emotive relativamente delimitate. In tal modo diventa possibile, in tempi piuttosto brevi, per ognuno dei partecipanti, conseguire un miglioramento delle loro capacità di integrare le esperienze emotive, anche se ciò non equivale certamente

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

Esemplificazioni cliniche

I casi che verranno qui di seguito discussi, sono stati da noi scelti in quanto espressione di alcune problematiche ricorrenti connesse all'invio.

Luca, un invio non effettuato

Uno dei primi casi discussi nel gruppo fu quello di Luca, studente di Medicina di ventotto anni, prossimo alla laurea, il quale venne al Centro per le difficoltà che incontrava nel prosieguo degli studi. “Figlio di povera gente”, come egli stesso si definiva, “si era preso più tempo” per la necessità di lavorare e contribuire al suo mantenimento.

Nel corso della consultazione fu possibile comprendere la gravità della situazione di Luca, per il quale il progredire negli studi appariva correlato al tentativo di distanziarsi da una parte istintuale, sentita come “sporca, volgare e violenta”, che egli tendeva a proiettare, nel tentativo di confinarvela, nella realtà esteriore, costituita dal suo mondo di origine e dalla sua famiglia. Questo meccanismo difensivo non sembrava, però, più consentirgli di tenere a bada questa parte scissa, che si ripresentava in maniera incalzante, conferendo ai suoi tentativi di rigettarla una qualità molto patologica.

Un altro aspetto significativo emerso fu l'importanza che per Luca rivestiva il dipingere. Attraverso la pittura riusciva infatti ad avvicinarsi, in modo mediato e quindi meno minaccioso, ai vissuti che tanto lo angosciavano. Nel corso dei colloqui parlò di un quadro, che raffigurava un volto per metà normale e per metà orribile, coperto da una maschera, e ne descrisse un altro che avrebbe voluto dipingere: “una donna che contempla un arlecchino”. Quest'ultima immagine consentì di intravedere l'esistenza di una parte interna più sana, in grado di osservare e contenere una parte più malata, dominata da ansie di frammentazione.

La *counsellor*⁵ era consapevole della potenziale non idoneità di tale caso ai fini di una terapia breve, ma la decisione di presentarlo e discuterlo in gruppo fu motivata dalla necessità di comprendere se un intervento breve possa delinearci anche come possibilità di prevenire/contenere un rischio di crollo psicotico, soprattutto quando, come nel caso specifico, esso appaia connesso ad un evento esterno (l'approssimarsi della laurea). Sulla base di tale ipotesi si era infatti valutata la possibilità di offrire al giovane un intervento con funzioni di contenimento, mirato a sostenerlo in tale particolare

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

di crisi acuta. Gli venne offerta pertanto la possibilità di continuare a fare riferimento al Centro per ulteriori cicli di colloqui e, con il suo consenso, venne contattato un collega psichiatra, operante nello stesso ambito istituzionale perché gli offrisse un sostegno psicofarmacologico.

Mario, un invio "fallito"

Mario, uno studente di Medicina fuori corso da diversi anni, richiese i colloqui per l'impossibilità a concentrarsi nello studio. Riferì che tale problema era insorto da alcuni mesi e che si associava ad insonnia ed a lievi disturbi psicosomatici. Mario faceva risalire l'origine del suo malessere ad un evento verificatosi di recente: nel piccolo paese da cui proveniva, si era prodigato, attraverso contatti con esponenti politici, per assicurare un impiego alla fidanzata. Le promesse ricevute erano state però disattese, e ciò aveva precipitato Mario in una situazione caratterizzata da sentimenti di vivo rancore e dalla perdita di quelle capacità che gli avevano consentito, fino ad allora, di procedere, seppure lentamente, negli studi.

Nel corso dei colloqui fu possibile accostarsi ad alcuni dei vissuti di Mario, quali il desiderio, mascherato da una fantasia onnipotente, di permanere in una situazione di dipendenza infantile, perpetuandola nel contesto della relazione con la fidanzata, investita di funzioni e responsabilità genitoriali.

La paura di "tradire" precedenti investimenti affettivi (la famiglia, la fidanzata, gli amici d'infanzia) lo aveva portato, inoltre, a vivere l'esperienza universitaria in uno stato di completo isolamento, dominato da fantasie idealizzate, sentimenti di invidia e vissuti persecutori nei confronti degli altri studenti.

Col procedere dei colloqui, l'identità adulta universitaria di Mario appariva vacillare con l'emergere di aspetti più regressivi ed infantili. I soggiorni a casa, visti inizialmente come spazi di potenziale regressione al servizio dell'Io, occasioni di rifornimento libidico, tendevano a prolungarsi sempre di più, ed al ritorno da uno di essi l'immagine di sé che Mario aveva rimandato alla *counselor* era stata quella di una sorta di "bamboccio".

Nel discutere in gruppo tale caso, gli elementi che parvero salienti ai fini di una decisione relativa all'invio, furono l'esordio recente del suo disturbo, il suo attuale, progressivo, isolamento ed il

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

tende ad originarsi una maggiore sensibilità verso i propri vissuti e la costruzione di un proprio linguaggio.

Appariva inoltre utile creare per Mario l'occasione di spazi relazionali di condivisione e confronto. Mario iniziò la psicoterapia di gruppo ma la sua partecipazione a questo si esaurì dopo pochi incontri.

Retrospectivamente, questo caso ci ha indotto a valutare meglio, come indicatori contrari a un trattamento breve, sia la rigida resistenza alla possibilità di accedere ad una visione interiorizzata del conflitto, sia capacità troppo ridotte di *insight*, che non paiono recuperabili neanche nel particolare contesto gruppale.

Giorgio, un passaggio difficile

Giorgio, uno studente di Medicina di venticinque anni, richiese un primo ciclo di colloqui perché non riusciva a sostenere l'esame di Anatomia ed un secondo, a distanza di tempo, perché depresso per la fine del rapporto con una ragazza. Fin dai primi incontri emerse un assetto difensivo imperniato soprattutto su meccanismi di scissione. Due ragazze erano significative per lui: una, l'amica disponibile alla comprensione ed alla condivisione delle esperienze, con la quale aveva instaurato un rapporto alla pari; l'altra, la fidanzata, più grande di lui, attraente e sessualizzata con la quale sentiva di avere un rapporto di dipendenza, che lo rendeva insicuro ed evocava in lui sentimenti di allarme. Giorgio ritornò al Centro dopo qualche tempo, avendo sostenuto l'esame di Anatomia; era depresso e parlò a lungo del dolore legato alla fine del rapporto con la fidanzata.

Apparve evidente come il suo "buttarsi a capofitto nello studio" - dopo la rottura della relazione sentimentale aveva sostenuto quattro esami - non riusciva più a svolgere un'efficace funzione difensiva. Giorgio si sentiva spento, come se avesse perso la propria fonte vitale, proiettata nella ragazza. Emerse vissuti di autosvalutazione connessi alla necessità di "ridimensionare" il suo sogno professionale. Ciò lo costringeva a confrontarsi con un altro lutto e con la rinuncia all'onnipotenza: il futuro che egli ora si prefigurava non era più quello del famoso cardiocirurgo ma quello di un "buon otorino o oculista".

Il rischio che il ridimensionamento dell'onnipotenza potesse implicare anche la perdita delle

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

È stato molto utile per il gruppo riflettere a posteriori su questo caso; ci è parso infatti che, sebbene Giorgio avesse in vari modi mostrato una propria capacità e disponibilità a lavorare su se stesso, fosse stata però sopravvalutata la sua possibilità di adeguarsi al cambiamento di setting che il trattamento psicoterapeutico implicava. I colloqui ripetuti nel tempo rappresentavano per lui una situazione più fluida che gli consentiva il contatto con ansie ed emozioni profonde, senza obbligarlo a definirsi in un rapporto terapeutico.

Diversi autori, (Bios 1946, Hanfman 1978) hanno sottolineato, del resto, come una delle modalità di intervento più indicata per gli studenti universitari sia costituita proprio da cicli di colloqui disseminati lungo l'arco del loro iter accademico. Grayson (1985) in particolare osserva come, maturando, i giovani dispongano di nuove risorse da portare nella relazione della consultazione. Ciò consente loro di utilizzare tale spazio sia per affrontare un problema ricorrente, che tende a presentarsi in momenti specifici del ciclo universitario, sia problematiche diverse che emergono con l'inoltrarsi nel percorso di studi.

Davide un percorso a tappe

Prendiamo ora in considerazione il caso di un giovane, che ha effettuato con successo il passaggio dal *counselling* alla psicoterapia breve. Davide, uno studente di Medicina di ventisei anni, iscritto al quinto anno⁶; si rivolse al Centro perché da qualche tempo non riusciva più a sostenere alcun esame, anche se fino a quel momento aveva portato avanti gli studi senza ritardi e con capacità e competenza.

Davide aveva deciso di fare il medico quando era “soltanto un bambino” e si ritrovava piccolo ed impotente a fronteggiare il dolore della madre e la disperazione del fratellino, per l'invalidante patologia congenita da cui quest'ultimo era affetto. Davide rammentava alcuni momenti particolarmente drammatici, quando non sapendo ancora scrivere, reagiva alle crisi di dolore del fratello afferrando un pezzetto di carta ed una penna e diventando lui stesso “il medico che scrive la ricetta” magica, in grado di far cessare il pianto del fratellino, di dare a lui una mamma disponibile e sorridente e di placare la disperazione e la rabbia che egli provava per questa situazione. Di recente il fratello si era sottoposto ad un intervento che avrebbe dovuto migliorare le sue capacità deambulato-

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

carlo ad avviare e sostenere il processo di differenziazione che Davide doveva affrontare, sia rispetto alla dinamica fra sé e il fratello, sia rispetto alle componenti più magiche ed a quelle più realistiche connesse alla sua scelta professionale. Si consigliò pertanto a Davide una psicoterapia breve, che egli ha successivamente intrapreso e portato avanti con successo.

Renato, un invio in psicoterapia di gruppo.

Renato, uno studente di Economia e Commercio di ventitré anni, proveniva da una famiglia modesta; il fratello maggiore non era riuscito a laurearsi per difficoltà economiche, per cui sarebbe stato il primo della famiglia a conseguire una laurea. Venne al Centro per la difficoltà a proseguire negli studi a causa di un blocco agli esami, ai quali non riusciva a presentarsi perché temeva di non “possedere” completamente la materia studiata.

Dopo il primo ciclo di colloqui Renato riuscì a superare l'esame nel quale era bloccato. Tale problema si ripresentò però dopo qualche mese con l'esame di Diritto Privato, che gli appariva insuperabile perché investito di aspetti grandiosi e totalizzanti. “Bisogna conoscere tutto il diritto per superarlo; ma come si può fare se sono tante le lacune che uno si porta dietro?”

Nel corso dei colloqui Renato tendeva a far riferimento allo psicologo come ad un *tutor*, dal quale si aspettava di ricevere, in modo taumaturgico, aiuto e sostegno, ma in realtà tendeva spesso a “bloccare” i suoi interventi ed a metterlo in situazioni di stallo. Appariva infatti fare un uso massiccio di identificazioni proiettive, che lo portavano ad idealizzare gli altri, vissuti come pieni di tutte le capacità che egli avvertiva carenti in se stesso, per poi controllarli ed attaccarli.

I colloqui si conclusero con il suggerimento a Renato di intraprendere una psicoterapia di gruppo. Tale indicazione scaturiva, tra l'altro, dalla considerazione che la situazione collettiva avrebbe potuto modulare in senso più evolutivo il suo massiccio ricorso all'identificazione proiettiva, favorendo l'instaurarsi di processi di identificazione incrociata. Renato seguì l'indicazione offertagli e sembrò avvalersene in maniera positiva, utilizzando il gruppo sia per affidare agli altri partecipanti aspetti meno evoluti di sé ed alleggerirsi del loro carico, distribuendolo nell'ambito gruppale, sia per rinforzare le proprie capacità individuali di integrazione, assimilando le soluzioni che, gradualmente, venivano elaborate attraverso gli scambi relazionali.

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

universitari al Centro di consultazione psicologica, all'invio in psicoterapia psicoanalitica breve, individuale o di gruppo.

Lungo questo iter molte tematiche sono emerse. Tra queste abbiamo privilegiato quelle relative all'accoglimento ed alla valutazione delle problematiche portate dai giovani, la considerazione della idoneità degli interventi brevi per tardo-adolescenti e giovani adulti, ai criteri da adottare rispetto all'invio.

Per quanto riguarda, in particolare, quest'ultimo punto vorremmo proporre alcune considerazioni. Relativamente alla possibilità di individuare un'area focale, requisito che tutti gli autori, da Malan (1980) a Mann (1973), a Sifneos (1972) considerano indispensabile, ci è parso che il passaggio dall'esperienza di *counselling* alla terapia breve fosse risultato più facile per quegli studenti che, durante la consultazione, avevano essi stessi limitato le loro comunicazioni ad alcuni temi centrali (vedi, ad esempio, il caso di Davide). La disponibilità di questi giovani ad individuare e circoscrivere in modo non rigido alcune aree di dinamiche relazionali, evitando quelle concatenazioni eccessive, che tendono ad allargare a macchia d'olio il processo esplorativo, è apparsa, retrospettivamente, indice di una capacità di regolare una distanza ottimale fra il loro grado di coinvolgimento emotivo e la necessità di distaccarsi in tempi brevi dalla terapia.

In una serie di casi, invece, per lo più caratterizzati da una patologia molto arcaica, emergeva una difficoltà sia ad individuare un'area focale, sia ad ottenere che quest'ultima fosse riconosciuta dal giovane, requisito quest'ultimo essenziale per un lavoro in tempi brevi. Questi casi, caratterizzati spesso anche dal mantenimento di un assetto difensivo rigido e da un forte bisogno di dipendenza, che tendeva ad attivare manifestazioni transferali molto intense, avrebbero finito per essere esclusi da un possibile invio in terapia breve. La possibilità, però, di fare riferimento anche ad un contesto di gruppo ha reso possibile ampliare il ventaglio delle indicazioni, in quanto il lavoro effettuato in quest'ambito ha una finalità essenzialmente di sensibilizzazione e può facilitare una cauta presa di consapevolezza dell'esistenza di conflittualità irrisolte aiutando il giovane a superare le difficoltà del momento. In questo contesto è inoltre possibile lavorare anche con casi che presentano forti aspetti di dipendenza, in quanto il transfert è più "distribuito".

Nel modello di Malan (1976), infine, una grande importanza, ai fini della selezione del paziente,

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

adulte che possano costituire un'alleanza terapeutica con l'operatore, l'offerta di un modello di aiuto, che implica la necessità di riconoscere e riflettere sulle proprie emozioni ed un'attenzione costante alle ansie di separazione.

Nell'esperienza descritta, la continuità che derivava dall'analogia nel tipo di lavoro offerto, la possibilità, per gli studenti, di non essere costretti ad allontanarsi dal contesto universitario, e di evitare la necessità di doversi rivolgere a Servizi di Salute Mentale, l'esistenza stessa del gruppo composto dagli operatori delle varie équipe, che costituiva uno spazio mentale in cui elaborare i vissuti connessi all'invio, hanno costituito importanti elementi di contenimento, anche se non sempre sono valsi, come esemplificato dai casi descritti, ad azzerare le incognite ed i rischi legati al passaggio.

Note

1. Questo tipo di intervento, che può essere denominato in lingua italiana *counselling breve* rientra nell'ambito di quegli interventi che vanno inquadrati sotto la denominazione anglosassone di *counselling psicodinamica*. I colloqui sono infatti svolti secondo il modello psicoanalitico con una tecnica adattata a tale tipo di intervento, sulla linea di esperienze di lavoro di psicoterapeuti operanti presso la Tavistock Clinic (Copley 1976; Salzberger Wittenberg 1977) ed il Brent Consultation Center di Londra (Hurry 1986; Novick 1977). Per un approfondimento di alcune tematiche relative a tale tipo di interventi, cfr.: Iacono et al. 1987; Iacono et al. 1989; Adamo 1990; Adamo 1993; Valerio 1993; Valerio, Adamo 1995.
2. Il gruppo di ricerca era composto da psicoterapeuti dell'età adulta appartenenti alla SIPP (A. De Rosa e P. Valerio), da psicoterapeuti infantili appartenenti all'AIPPI (S.M.G. Adamo, P. Giusti, F. Portanova), ed alla SIPSIA e ARPAD (C. Ricciardi) e da psicoanalisti appartenenti alla SPI (S. Thanopoulos). La ricerca, per quanto concerne l'Equipe del Centro di consultazione psicologica per studenti universitari, è stata finanziata con un contributo MURST 409S.
3. Nel corso degli anni, la denominazione del Centro e la sua collocazione istituzionale hanno subito vari mutamenti. All'inizio infatti l'attività di consultazione per gli studenti rientrava

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

4. In realtà, in calce al suo lavoro, si desume che tale preclusione è particolarmente indirizzata verso ogni tipo di intervento focale, che egli considera inconciliabile con il modello e la tecnica psicoanalitici.
5. Con il termine *counselor* si fa qui riferimento agli psicoterapeuti impegnati nell'attività di *counselling* all'interno del Centro di Consultazione per studenti universitari.
6. Questo caso è stato seguito, per ciò che concerne i colloqui di *counselling*, dalla dott.ssa Rita Tamajo Contarini, che ringraziamo per averci autorizzato a farne menzione.

Bibliografia

- ADAMO, S.M.G. (1990) Introduzione. In: Adamo S.M.G. (a cura di) *Un breve viaggio nella propria mente. Consultazioni psicoanalitiche con adolescenti*. Liguori, Napoli.
- ADAMO, S.M.G. (1993) Tempo evolutivo, tempo istituzionale, tempo clinico nel Counselling psicodinamico con studenti universitari. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 11, 3, 321-337.
- ADAMO, S.M.G., GIUSTI, P., INFANTE S., VALERIO, P. (1990) Aspettative magiche e possibilità terapeutiche nel lavoro breve con giovani adulti. In: Adamo S.M.G., Valerio P. (a cura di) *Psicologi e Medici: esperienze e ricerche in ambito istituzionale*. Idelson, Napoli.
- BAHVEY, F., MCCALLUM M., PIPER, W.E. (1991) Emergent Themes and Roles in Short Term Loss Groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 3.
- BLOS, P. (1946) Psychological Counselling of College Students. *Am. Jour. of Orthopsychiatr.*, 16, 571-580.
- BRIA E CIOCCA (1988) *La psicoterapia breve ad orientamento psicoanalitico: un'esperienza clinica ed istituzione*. Teda, Castrovillari
- BRIA E CIOCCA (a cura di) (1993) *La psicoterapia breve nel trattamento della crisi di panico*. Ed. EUR, Roma.
- COPLEY, B. (1976) Brief Work with Adolescents and Young Adults in a Counselling Service. *J. of Child Psychother.*, 4, 2.

**Dal counselling all'invio in psicoterapia breve:
un'esperienza con studenti universitari**

- GRAYSON, P.A. (1985) College Time: Implications for Student Mental Health Service. *Journ. of American College Health*, 33, 198-204.
- HANFMAN, E. (1978) *Effective Therapy for College Students*. San Francisco: Jossey Bass.
- HURRY, A. (1986) Walkin Work with Adolescents. *Journal of Child Psychoter.*, 12, 1. Trad. it.: Lavoro in un Centro di consultazione per adolescenti. In: Adamo S.M.G. (1990).
- MACONO G., ADAMO, S.M.G., VALERIO, P. (1989) A Space, within the Institution, for Thinking about Emotional Problems Connected wirh University Studies. In: Bosinelli M., Giusberti F. (a curaa di) *The Age of Adolesunce and Youth and the Psychosocial Profile of the University Student*, pp. 101-123. CLUEB, Bologna.
- Macono, G., Adamo, S.M.G., Giusti, P., Infante S., Valerio P. (1987) Il configurarsi della richiesta di aiuto in un Servizio di consultazione psicologica per studenti universitari. In: Gentile R. (a cura di) *Prospettive di Ricerca in Psicologia*, 51-90. Loffredo, Napoli.
- MALAN, D.H. (1963) *Uno studio di psicoterapia breve*. Astrolabio, Roma 1973.
- MALAN, D.H. (1976) *The Frontier of Brief Psychotherapy*. Plenum, NewYork.
- MALAN, D.M. (1980) The Most Important Development since the Discovery of Unconscious. In: Davanloo H. (a cura di) *Short Term Dynamic Psychotherapy*. Aronson, New York.
- MANN, J. (1973) *Time-Limited Psychothtrapy*. Harward University Press, Cambridge, Mass.
- MCCALLUM, M., PIPER, W.W. (1990) A controlled Study of Effectiveness and Patient Suitability for Short-Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 4.
- NOVICK, J. (1977) Walk-in Clinic for Adolescents. *J. of Child Psychother.*, 4, 3.
- SABERGER WITTENBERG, L. (1977) Counselling Young People. In: Boston M., Daws D. (a cura di) *The Child Psychotherapist and Problems of Young People*, Worldwood House LTD, London. Trad. it.: Servizi di Consulenza per i giovani. In: *Il lavoro psicoterapeutico con bambini e adolescenti*, Li- guori, Napoli, 1981.
- SIFNEOS, P.E. (1972) *Psicoterapia breve e crisi emotiva*. Martinelli, Firenze (1982).
- SLAVIN, J. (1981) *Readiness for Psychoanalytic Treatment in Late Adolescence: Developmental and Adaptive Considerations*. Relazione letta alla Mid-Winter Conference della Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Ixtape, Mexico, Febbraio 1981, (in corso di stampa).

Dal counselling all'invio in psicoterapia breve: un'esperienza con studenti universitari

Riassunto

Gli AA, impegnati in ambiti diversi ma accomunati da esigenze cliniche ed istanze conoscitive affini, hanno condiviso il progetto di poter realizzare, all'interno di un Policlinico universitario, interventi brevi, ispirati ai principi della psicoanalisi.

La collaborazione offriva agli studenti, afferenti al Centro di Consultazione, la possibilità di un prosieguo terapeutico nell'ambito di Servizi di psicoterapia che potevano operare sulla base di invii non generici o di natura prevalentemente evacuatoria.

Attraverso la presentazione di alcuni casi clinici sono state ripercorse le tappe salienti del lavoro, a partire dalla richiesta di aiuto avanzata da studenti universitari al Centro di Consultazione psicologica all'invio in psicoterapia psicoanalitica breve, individuale o di gruppo.

Lungo questo iter molte tematiche sono emerse. Tra queste gli AA hanno privilegiato quelle relative all'accoglimento ed alla valutazione delle problematiche portate dai giovani, alla considerazione della idoneità degli interventi brevi per tardo-adolescenti e giovani adulti, ai criteri da adottare rispetto all'invio.

Summary

The authors work in different contexts but share common clinical needs and specialized knowledge. They have agreed a plan to carry brief interventions, inspired by psychoanalytical principles, within a University hospital.

This collaboration offered the students, who came to the Counselling Centre, the possibility of follow-up treatment within psychotherapeutic Centres which could operate on the basis of specific and not merely "evacuatory" referrals.

The main stages of the work have been traced through the presentation of several clinical cases, from the request for help by students at the Psychology Counselling Centre to the referral to brief psychoanalytical psychotherapy, individually or in groups.

Many issues have emerged from this process. Of these, the authors have given precedence to three questions; the reception and evaluation of the problems brought up by young people. reflection on the suitability of brief treatment for late-adolescents and young adults and lastly. the criteria to

**Dal counselling all'invio in psicoterapia breve:
un'esperienza con studenti universitari**

Unità di psicologia clinica e di psicoanalisi applicata, Dipartimento di neuroscienze e della comunicazione interumana, Università di Napoli. Federico II

A. DE ROSA, F. VORIA

Servizio di psicoterapia, II Università di Napoli

P. GIUSTI, F. PORTANOVA

Centro di Consultazione psicologica per studenti universitari

C. RICCIARDI

Servizio di neuropsichiatria infantile, II Università di Napoli

S. THANOPULOS

Servizio di psicoterapia. Università di Napoli Federico II

LETTURE

PAOLO MIGONE

Terapia psicoanalitica. Seminari.

Franco Angeli, Milano 1995, pp. 375. L. 35.000

La chiarezza e la semplicità espositiva rendono molto piacevole la lettura di questo libro e permettono di inoltrarsi senza sforzo, pagina dopo pagina, nel percorso che l'autore ha voluto sviluppare. Il libro nasce come raccolta di lavori presentati da Migone negli ultimi 10-15 anni della sua attività in forma di conferenze o articoli, e riflette perciò un percorso personale intorno ad alcuni temi della teoria e della prassi psicoanalitica (un percorso "tra i tanti possibili", come dice nella prefazione). Sebbene tale percorso possa apparire a prima vista non unitario per il fatto che vengono trattate tematiche differenti, finisce per rivelarsi prezioso. In effetti è grazie alla molteplicità degli argomenti discussi che il libro offre una utilissima "mappa" di molti importanti nodi di riflessione presenti nel dibattito psicoanalitico contemporaneo. Paolo Migone è abbastanza conosciuto, al lettore delle riviste psicoanalitiche, come un autore critico, informato e attento, non solo all'interno della psicoanalisi, ma anche di altri approcci psicoterapeutici e della psichiatria. In passato ha sollevato stimolanti dibattiti a ponte tra le varie discipline, e nella parte intitolata "Ponti dei capitoli", posta all'inizio del libro, si possono ripercorrere alcuni momenti della sua attività: si ricordi la sua presentazione, in anteprima in Italia, del DSM-III e il dibattito sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi, avviato sul n. 4/1983 della rivista *Psicoterapia e Scienze umane* e concluso con una sua risposta nel n. 2/1985; la sua critica alla terapia sistemica (solo recentemente alcuni autori sistemici hanno accolto le critiche da lui esposte con tanto anticipo alla fine degli anni '70); il dibattito sulla differenza tra psicoanalisi e cognitivismo (a proposito delle posizioni di Y.E. Guidano); o ancora sulla formazione in psicoterapia, iniziato sulle pagine di *Psicologia Italiana*, n. 1/1984; nei tempi recenti ha affrontato un tema importante, quello della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia. Inoltre ha pubblicato vari casi clinici, stimolando interventi di psicoanalisti, cognitivisti e terapeuti anche di

casi di stretta amicizia) con molti protagonisti del dibattito psicoanalitico contemporaneo, alcuni dei quali ha invitato a tenere seminari in Italia nel corso di questi anni.

Tra i tanti argomenti trattati nel libro vorrei qui soffermarmi su quelli che mi sembrano centrali nel pensiero di Migone. Un importante tema, trattato nei capitoli 2-5, è quello delle “differenze”: tra psicoanalisi e terapia sistemica, psicoanalisi e psicoterapie dinamiche brevi, psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, psicoanalisi e terapia cognitiva. In realtà si tratta per l’autore non tanto di differenziare un modello da un altro, quanto di individuare gli elementi caratterizzanti ciascun modello e le relazioni esistenti tra gli elementi teorici e la prassi, il passo successivo è interrogare il modello, così delineato, per verificare se esso contenga veramente delle innovazioni rispetto sia ai concetti sia alle problematiche sorte nel percorso del pensiero psicoanalitico. In questo modo l’autore riesce a far risaltare quanto di stimolante e innovativo può esserci in tecniche molto lontane dalla psicoanalisi classica, ma riesce anche a mostrarci quanto certe “novità” concettuali siano tali solo apparentemente e, a un esame critico, rivelino una mancanza di specificità o di originalità teorica.

Di particolare interesse è il capitolo sulle terapie brevi, dove emerge con estrema chiarezza come il “*time-limit setting*” sia l’unico vero elemento caratterizzante questo tipo di terapie, ma appunto per questo (risultando in una tautologia) l’elemento che rivela la loro debolezza teorica. Contrariamente alle terapie brevi, una terapia psicoanalitica “*open-ended*” può essere sia lunga che breve (e, volendo, anche “più breve delle terapie brevi”), entrambe le modalità avendo valenze terapeutiche o controterapeutiche a seconda delle dinamiche conflittuali del singolo paziente. L’autore critica l’utilizzo a priori del *time-limit setting* come regola tecnica di base, in quanto restringe inutilmente le potenzialità terapeutiche. Si può, osserva Migone, scegliere una terapia breve a scopo difensivo sia per il paziente che per il terapeuta, assicurando così ad entrambi che non verranno messe in gioco aree conflittuali riguardanti, ad esempio, problemi di dipendenza, di attaccamento, di coinvolgimento emotivo troppo intenso. Tali aree potrebbero perciò andare incontro a un vero e proprio “sequestro analitico” (secondo l’espressione di Eissler nel noto articolo del 1953 sul “parametro”), rendendosi non analizzabili e confermando il paziente nelle sue credenze patogene inconsce. Questa dettagliata analisi teorica viene illustrata anche tramite due esempi clinici, opposti nel contenuto ma uguali nelle loro implicazioni teoriche: in un caso il cambiamento avvenne grazie ad una interruzione

sovrappone a quello storico della teoria della tecnica, da Freud e Ferenczi, passando attraverso Alexander, fino ai giorni nostri.

La riflessione sulle terapie brevi è esemplificativa, dal punto di vista metodologico, dello spirito che percorre tutto il libro e che, mentre tende a ricostruire la teoria che è presente dietro l'agire tecnico, tende anche a relativizzare costantemente questo agire, pensandolo sempre come qualcosa che è inserito nel flusso del processo analitico e che non può mai essere ipostatizzato in forma di regola tecnica. In tal senso questi *Seminari* sono un ottimo esempio di esercizio di un pensiero critico e "trasgressivo" che, mentre coglie la psicoanalisi come matrice culturale comune a diverse modalità terapeutiche, al tempo stesso non ne fa mai una matrice rigida e immutabile, ma riesce a darci un'idea di una psicoanalisi in evoluzione, capace di produrre quei contributi innovativi ai quali Migone è particolarmente attento.

Uno di questi contributi è quello dell'ultimo Gill, un autore, come si deduce da vari passaggi del libro al quale Migone fu molto legato. Nel capitolo seguente a quello sulle terapie brevi (e del quale costituisce il retroterra teorico) viene affrontato nei suoi dettagli il problema della differenza tra psicoanalisi e "psicoterapia psicoanalitica": un tema di grande importanza, mai risolto in modo coerente nei tanti dibattiti nel corso degli ultimi decenni (si pensi solo agli interventi di Wallerstein ai due congressi di Roma dell'IPA del 1969 e 1989). Migone, sempre con una logica stringente, dimostra come ormai non sia più possibile sostenere una differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica basata sui criteri intrinseci (cioè su una teoria della tecnica), e anche che i *criteri* estrinseci (lettino, frequenza settimanale, ecc.) si sono così modificati nel tempo da non rappresentare più un fattore discriminante neppure se volessimo utilizzarli per una distinzione (operazione questa che sarebbe comunque scorretta). È in questa discussione, inerente alla identità stessa della *psicoanalisi*, che Migone presenta il pensiero di Merton Gill, il quale ripropone la centralità dell'"analisi del transfert" come unico criterio intrinseco della psicoanalisi, e per di più inserita in una nuova cornice teorica della situazione analitica, definita "prospettica" e "relativistica". Secondo questa concezione, crolla definitivamente il modo tradizionale di concepire concetti quali neutralità analitica, regressione, "setting classico", "transfert puro" o "incontaminato", e così via, portando inevitabilmente a una sovrapposizione tra "psicoanalisi" e "psicoterapia psicoanalitica" (sovrapposizione, potremmo ag-

blema del trauma “reale” e il futuro della psicoanalisi, che fa da introduzione al libro (come è indicato a pag. 11 nelle “Fonti”, una versione molto più breve di questo capitolo fu pubblicata sul n. 5/1991 del *Giornale Italiano di Psicologia*, dietro invito della redazione, e stimolò un dibattito con interventi di Giovanni Liotti, Mauro Fornato, Giordano Fossi, Giovanni De Renzis, e Marco Casomato, seguiti da una risposta di Migone sul n. 4/1992); le differenze tra la psicoanalisi e, rispettivamente, la terapia sistemica, la psicoterapia breve ad orientamento psicoanalitico, la psicoterapia psicoanalitica, e la terapia cognitiva; la teoria psicoanalitica dei fattori curativi (con una precisa ricostruzione storica del pensiero freudiano, anche riguardo al difficile problema della psicoterapia della schizofrenia, e delle posizioni prese dal movimento psicoanalitico nel suo complesso); la identificazione proiettiva (dove viene discusso prevalentemente il pensiero di Ogden, e dove viene tracciato anche un parallelismo con il concetto psichiatrico di Emotività Espressa - queste idee sono state esposte dall'autore anche in un suo articolo apparso di recente su *Contemporary Psychoanalysis*, n. 4/1995); gli aspetti descrittivi, storici e psicodinamici delle personalità borderline, istrionica-isterica, e narcisistica (la trattazione di questi tre disturbi di personalità, come è indicato nelle “Fonti” a pp. 13-14, originariamente fu richiesta per il *Trattato Italiano di Psichiatria* dell'editore Masson); il problema della “validazione scientifica” della psicoanalisi (con un panorama sulle posizioni del neopositivismo, di Popper e dell'ermeneutica, un approfondimento del contributo di Grünbaum, e una storia del movimento di ricerca in psicoterapia divisa in tre fasi); la diagnosi descrittiva e il DSM dell'*American Psychiatric Association* (inclusa una presentazione del recente DSM-IV); la scuola di David Rapaport (con un profilo biografico e scientifico di Rapaport, Holt, Gill, George Klein, Schafer e Rubinstein). Alla fine del libro vi sono due capitoli “giornalistici”, intitolati “Cronache psicoanalitiche”: lo scandalo del “caso Masson” e la storia del processo degli psicologi americani contro gli psicoanalisti dell'IPA (alla fine di entrambi questi capitoli Migone ha voluto pubblicare, per maggiore obiettività, una nota scritta dai protagonisti di queste vicende, rispettivamente Jeff Masson e Bryant Welch). Questi ultimi capitoli, come dice l'autore, hanno una valenza affettiva, oltre che conoscitiva, e sono stati qui inclusi perché riscossero un certo successo. È molto istruttivo e divertente il resoconto dello *scandalo Masson*, che all'inizio degli anni '80 scosse i vertici dell'establishment psicoanalitico internazionale con un processo dal quale risultò vittorioso con un

alti i prezzi delle sedute. Al processo furono letti i verbali di riunioni delle commissioni delle associazioni psicoanalitiche (verbali che inizialmente si cercò di nascondere) in cui candidamente veniva ammesso che molti psicologi erano migliori dei medici, e che sarebbero diventati ottimi analisti, ma che era meglio escluderli dal training perché avrebbero provocato un abbassamento dei prezzi per la legge del mercato.

È un libro dunque questo di Migone non solo ricco di informazioni interessanti, ma anche di parecchi stimoli teorici che non lasciano indifferenti, e che in più occasioni costringono a riflettere sui luoghi comuni e sui molti atteggiamenti stereotipati che purtroppo ancora permangono nella nostra teoria della tecnica.

Angela Peduto

ARNALDO NOVELLETTA (a cura di)

Adolescenza e trauma

Borla, Roma 1995, pp. 192, L. 30.000.

In attesa di vedere raccolte in volume le relazioni presentate al convegno di Napoli (ottobre '96) su "Separazione e solitudine in adolescenza", rileggiamo *Adolescenza e trauma*, frutto del primo convegno nazionale (Milano 1994) organizzato da undici associazioni (tra le quali anche la SIPP) interessate alla psicoterapia psicoanalitica degli adolescenti.

Il libro si apre con due lavori di Novelletto che meritano, da soli, un attento studio (il primo esamina le complesse vicende del concetto di trauma nelle opere di Freud e poi nel pensiero psicoanalitico da Jacobson, Greenacre, Khan fino agli ultimi anni Ottanta; il secondo affronta specificamente il problema del trauma nello sviluppo psichico dell'adolescenza e nella psicopatologia dell'adolescenza), e si conclude con un commento di Giannakoulas. In mezzo una serie di lavori, che ci presentano un materiale clinico di solito molto pregnante e una riflessione teorica persuasiva anche perché strettamente congiunta alla clinica.

Monniello, Cordiale, Natali si occupano di come si esprime il trauma nel primo incontro tra l'adolescente e terapeuta e pongono l'accento sulla "particolare dimensione costituita dal manifestarsi, dal farsi spazio del trauma nella mente dell'adolescente in presenza del terapeuta" (p. 40). Nei loro pazienti adolescenti il trauma sembra essere stato tutt'uno con il "fallimento di ogni possibilità di legame e di rappresentazione", il primo compito del terapeuta diventa perciò "un lavoro di figurabilità" (p. 55). Anche De Vito e Pellizzari nel loro scritto sul "lavoro della memoria" leggono il trauma, in senso dinamico, come fallimento nella relazione. Esso corrisponde allora ad "un buco semantico nella memoria", per cui "il vero trauma è l'incapacità di elaborare il trauma" (p. 98).

Il passaggio dalla memoria attualizzante (nel senso di Gaddini) alla memoria temporalizzata e temporalizzante che è presupposto di ogni elaborazione, diventa percorribile per il paziente adole-

l'evento traumatico come si presenta nella sua attualità ed esordisce nella scena terapeutica: non è un racconto, ma un qualcosa contro cui la mente del terapeuta 'urta', qualcosa contro cui reagire, in una sorta di *enactment* che è ancora lungi dal costituirsi in un pensato che possa essere elaborato psichicamente" (p. 111).

Il saggio di Marysa Gino "L'ambiguità trauma-sintomo. Oscillazioni specifiche nell'adolescenza tra angoscia automatica e angoscia segnale" ha la peculiarità di essere l'esito di un lavoro di gruppo che ha impegnato per parecchi mesi alcuni membri della SIPP. "Siamo [...] giunti a formulare l'idea - scrive Gino - che, quando un adolescente con organizzazione difensiva narcisistica riesce a produrre un sintomo, mostra una potenziale capacità di trasformazione che può diventare strumento di elaborazione ed è comunque una funzione del pensiero. Con il sintomo il livello dell'angoscia si sposta dall'angoscia automatica [...] verso l'angoscia segnale [...]. Nell'adolescenza il ponte gettato tra l'evento o fantasia infantile con potenzialità traumatica e l'effetto patogeno manifesto è dato spesso dalla risignificazione derivata dai processi maturativi, dalla pubertà, da quelli che Freud chiama già nel *Progetto*, 'processi primari postumi'" (p. 123).

Carbone, Di Reto, Spano, considerano l'esperienza traumatica (sia "per la sua natura di fenomeno psichico, prodotto dall'individuo stesso come fantasia intensa e sconvolgente", sia anche "per la sua temporalità limitata") paragonabile all'esperienza dell'incubo (si veda il confronto puntuale alle pagine 147-148). L'una come l'altro è suscettibile di una interpretazione metapsicologica. Il dilemma che ne scaturisce è "se il trauma, questo particolare modo di entrare in contatto con l'antica esperienza dolorosa, venga vissuto al fine di trasformare l'esperienza abreagendo e/o elaborando le fantasie ad essa connesse, o se piuttosto si ponga, sulla scia della coazione a ripetere e dunque, fatalmente, a servizio della pulsione di morte" (p.136-137). Nell'opera di Freud, ci ricordano gli Autori, sembra prevalere ora la prima ora la seconda ipotesi. Quanto a loro, essi privilegiano l'attenzione alle vicende della relazione oggettuale, i loro principali referenti teorici nell'ambito della letteratura psicoanalitica sul trauma sono Balint, Greenacre, Khan: su queste basi vedono il trauma come "potenziale organizzatore psichico". Concludono perciò il loro lavoro con una riflessione che contrappone "il significato evolutivo dell'intenzionalità preconsocia del trauma alla fatalità inconscia che alimenta la coazione a ripetere" anche attraverso una bella lettura dell'Edipo sofocleo tutta rivolta al

Lecture

“L’esplosione del trauma primario in adolescenza” (Biondo). Ma si vedano anche gli scritti di Pe-
landa sul fallimento scolastico, di Condini e Doninotti sulla filiazione adottiva, di Mazzoncini su
trauma e strutture difensive nell’adolescenza. Il libro, nonostante sia scritto a più mani, risulta note-
volmente coeso e testimonia quanto possa essere interessante, coinvolgente e proficuo per la ricerca,
lavorare con gli adolescenti.

Maria Lucia Mascagni

JOHN STEINER

I rifugi della mente

Bollati Boringhieri, Torino 1996, pp. 97, L. 34.000.

Il bel titolo, "*I rifugi della mente*", del libro di John Steiner, colto e sensibile analista inglese di formazione kleiniana, sintetizza bene la natura affettiva delle difese studiate in questo lavoro: le armature protettive, i nascondigli, con cui pazienti, soprattutto quelli gravi, attuano il loro ritiro dai contatti che nell'analisi provocano dolore e angoscia. Tramite il ritiro il rifugio funziona come una zona della mente in cui non si deve affrontare la realtà, in cui le fantasie e l'onnipotenza possono esistere senza controllo.

Tutti i pazienti, in diversa misura, hanno modalità di rifugio. Il libro di Steiner ne fa una teorizzazione a partire dal modello kleiniano P/S <-> D, integrato dagli sviluppi di H. Rosenfeld, W. Bion, H. Segal, B. Joseph, ma aperto anche ad altri autori di scuola non kleiniana. L'assunto che guida la sua esposizione è che il rifugio in cui il paziente si ritira viene mantenuto stabile da una particolare difficoltà a recuperare le parti scisse del Sé proiettate nell'oggetto: questo recupero è analogo al lavoro del lutto studiato da Freud, ma reso precario dalla costellazione identificatoria che in vario modo può rendere lento e instabile il processo di separazione dall'oggetto interno che si è formato.

Seguiamo nei punti essenziali l'argomentazione con cui l'autore sviluppa questa tesi riallacciandosi a quella kleiniana. Per la Klein l'individuo è minacciato da fonti interne di distruttività, che hanno origine dalla pulsione di morte e sono proiettate nell'oggetto creando il prototipo di una relazione oggettuale ostile. Nella posizione schizoparanoide le difese principali sono la scissione, l'identificazione proiettiva e l'idealizzazione. Nella posizione depressiva cominciano ad essere riconosciuti gli oggetti interi, e l'oggetto primario è fatto segno a impulsi ambivalenti. Rispetto a queste due posizioni, il rifugio può essere concettualizzato anch'esso come una *posizione*: ciò aiuta

Schematicamente è possibile suddividere la posizione schizoparanoide in una fase che comporta una frammentazione patologica e una fase più simile a quella descritta originariamente dalla Klein, in cui è predominante la scissione normale. Le organizzazioni patologiche sono messe in campo soprattutto per affrontare le angosce che sorgono nella fase della frammentazione patologica: esse comportano la scissione in minuscoli frammenti con angoscia catastrofica, in cui il Sé è percepito come frantumato e in via di disintegrazione. L'angoscia può essere insostenibile al punto da rendere necessarie delle organizzazioni difensive che creino un qualche ordine nel caos, quali le organizzazioni onnipotenti di tipo psicotico e i deliri sistematizzati.

In questo processo, quella che sembra una scissione relativamente lineare tra buono e cattivo diviene in realtà il risultato di una scissione della personalità in più elementi proiettati negli oggetti e nuovamente assemblati in modo da simulare la funzione contenitiva di un unico oggetto. Una storia di traumi e deprivazioni influenza perciò profondamente la creazione di organizzazioni patologiche della personalità, anche se può restare ignoto il contributo di molti fattori interni ed esterni: ne risulta la formazione di una complessa rete di relazioni oggettuali, dove ciascun oggetto contiene parti scisse del Sé e del gruppo degli oggetti interessati, tenuti insieme in modi caratteristici della particolare organizzazione patologica. Tale organizzazione può servire, anche, da contenitore dell'angoscia offrendosi come un protettore, e lo fa secondo modalità perverse, molto differenti da quelle che si osservano nel caso del contenimento normale descritto da Bion.

Vediamo ora come viene differenziata la posizione depressiva. Il momento critico della posizione depressiva è quando va affrontato il compito di abbandonare il controllo sull'oggetto, per poter elaborare la posizione depressiva e concedere all'oggetto la sua autonomia. Nella fantasia inconscia questo significa che l'individuo deve affrontare l'incapacità di proteggere l'oggetto, il disastro interno creato dal suo sadismo, la consapevolezza che il suo amore e i suoi desideri di riparazione sono insufficienti a preservare l'oggetto. Proprio questi conflitti sono collegati al lavoro del lutto, e segnalano se la perdita è temuta e negata o se invece è riconosciuta ed è elaborabile. Ciò divide la posizione depressiva in una fase di *paura* di perdita dell'oggetto e in una fase di *esperienza* di perdita dell'oggetto. Un'operazione riuscita del lutto permette di separarsi dall'oggetto, perché è attraverso il lutto che l'identificazione proiettiva viene rovesciata e parti del Sé precedentemente attribuite

Questo sviluppo difensivo tratta, come vediamo, le relazioni oggettuali a partire dalla pulsione di morte freudiana, nell'elaborazione fatta dalla Klein: il rifugio è l'espressione del confinamento delle tensioni patologiche della distruttività. L'autore rileva però prudentemente come l'impostazione kleiniana sia solo una tra le molte a cui possono aderire gli analisti che hanno indagato le medesime aree psichiche, e dibatte concezioni simili

o integrative, come i rallentamenti dello sviluppo psichico studiati da Balint, e gli aspetti difensivi del «come se» di Deutsch e del «falso Sé» di Winnicott: precisa inoltre come lo spazio transizionale di Winnicott, pur avendo molte somiglianze con i rifugi della mente, ha anche differenze cruciali, essendo volto sostanzialmente allo sviluppo, mentre il rifugio è un luogo di arresto dello sviluppo.

Riflettendo sui contributi di Abraham, Mahler, Fonagy, Rosenfeld, Meltzer, l'autore conclude che tutta la letteratura sull'organizzazione patologica della personalità potrebbe essere riassunta sotto il titolo di organizzazioni narcisistiche, ma trova opportuno rilevare come parecchi altri autori hanno sottolineato la natura organizzata e complessa dei processi difensivi patologici, evitando però l'aggettivo narcisistico: Spillius, Rivière, Segal, O'Shaughnessy, Betty Joseph, Rey. Questa attenzione alla varietà dei diversi modelli teorici, e ai rischi di definizioni troppo generali è l'aspetto più evidente della cultura dell'autore e degli stimoli diversi che egli riversa nella sua concezione del rifugio mentale.

Ciò che soprattutto preme all'autore, in questo quadro teorico, è chiarire il ruolo del lutto nel processo che permette al paziente di uscire dal rifugio: la conoscenza di come questo processo si fonda nel modello kleiniano può aiutare l'analista, pur con le cautele viste, nel compito gravoso, spesso impossibile, che caratterizza il lavoro d'analisi con questo tipo di pazienti.

Facendo riferimento a Rosenfeld, che considera la relazione narcisistica come una difesa contro la separazione, l'autore può affermare, e mostrare con molti casi clinici, che il processo di uscita dal rifugio riguarda l'allontanarsi dall'oggetto che si è formato originariamente da scissioni e proiezioni del Sé: il processo di sviluppo che ne consegue coinvolge esattamente le stesse fasi del processo di elaborazione del lutto dopo la perdita di una persona cara, che sono state studiate in modo esaustivo a partire dall'indagine originaria di Freud in *Lutto e melanconia*. L'elaborazione del lutto è legata

fase, che rappresenta un progresso verso l'indipendenza, comporta però la rinuncia all'oggetto, perché solo a questo punto le proiezioni vengono ritirate e nuovamente dirette verso il Sé.

Il processo avviene con una modulazione spesso inavvertibile della uscita del paziente dal rifugio, vissuta come pericolosa, e perciò controllata tramite continue identificazioni proiettive. Nel passaggio tra le due fasi, dal contenimento alla rinuncia, il paziente si deve infatti staccare da un oggetto dal quale ritiene che dipenda la propria sopravvivenza: a questo livello primitivo la separazione è indistinguibile dalla morte, e se l'oggetto deve morire e contiene troppo del Sé che è stato scisso e proiettato, allora il paziente teme di perdere se stesso. A questo punto può piombare nel panico e aderire intimamente all'oggetto negando la perdita, come se in questo modo potesse impedire la propria morte. Per questo motivo spesso è difficile aiutare il paziente in questa situazione *d'impasse*.

L'autore con molti esempi clinici, ricchi di notazioni empatiche e argomentazioni teoriche, descrive le principali modalità dello sviluppo dei rifugi della mente: il ritiro delirante nelle organizzazioni psicotiche; i rifugi caratterizzati da rancore e risentimento; i rifugi dalla realtà caratterizzati dalle relazioni perverse. Su quest'ultimo punto mi soffermo brevemente.

La perversione, secondo l'autore, è il particolare rifugio in un mondo narcisistico dove non esistono differenze tra i sessi e le generazioni. La perversione sorge quando comincia l'integrazione tra le parti scisse dell'oggetto, e fallisce la difesa psicotica tipica del ritiro delirante; quando la scissione si indebolisce, si ha il formarsi (simile a quello del feticismo freudiano) del travisamento della realtà, in cui è possibile una riconciliazione perversa degli opposti.

Una relazione perversa con la realtà è una caratteristica, per l'autore, della maggior parte, se non di tutti, i rifugi della mente, che trascende il significato meramente originario, sessuale, della perversione. Il travisamento riguarda i *tre fatti della vita* enunciati da Money-Kyrle, il riconoscimento del seno come oggetto massimamente buono, il riconoscimento del rapporto sessuale dei genitori come atto massimamente creativo, il riconoscimento dell'ineluttabilità del tempo e alla fine della morte: formulazioni poetiche che rinviano al riconoscimento della dipendenza dal mondo esterno, al riconoscimento della scena primaria e del complesso edipico, e al riconoscimento del valore della vita umana.

essere distinto secondo sfaccettature complesse ed organizzate della personalità del paziente, di cui l'analista deve riconoscere gli effetti molteplici e combinati nel processo terapeutico. Ricorda anche l'interazione perversa di parti del Sé di Rosenfeld e la simbiosi collusiva di Grotstein fra organizzazione psicotica e nevrotica, che produce un amalgama perverso: la struttura della difesa appare un gruppo, un reticolo di oggetti in relazione tra loro (una *gang*). Ciascuno degli oggetti del mondo interno contiene parti del Sé: gli elementi dipendenti sono proiettati in alcuni oggetti, e le parti distruttive del Sé in figure che possono essere scelte per il loro potere o implacabilità o crudeltà. Gli elementi dipendenti sono intrappolati in una relazione sadomasochistica con quelli aggressivi e potenti, e il paziente può collocarsi in uno o nell'altro gruppo, oppure può sentirsi un osservatore piuttosto che un partecipante alla relazione. Egli è identificato con la vittima e con l'oppressore, e rimane in stallo perché teme che l'oggetto possa attirare su di lui un attacco violento.

I problemi di tecnica psicoanalitica che ne derivano sono certamente grandi, e richiedono perizia e sensibilità. Il paziente in stato di rifugio non è interessato a comprendere, ma è solo preoccupato di ottenere sollievo e sicurezza, liberandosi dei contenuti indesiderati, che proietta sull'analista. Interpreta, soprattutto, le parole dell'analista come indicatori dello stato psichico dell'analista piuttosto che come insight riferiti al paziente. Il contenimento dipende dalla capacità dell'analista di riconoscere e affrontare gli elementi proiettati del paziente e il proprio controtransfert. Si hanno, perciò, importanti differenze tra interpretazioni centrate sul paziente, di tipo classico (io penso che lei...), o centrate sull'analista (lei mi vive come...). Queste seconde hanno più probabilità di dare al paziente la sensazione di essere compreso.

L'autore mette però in rilievo che nei pazienti psicotici e borderline, come in quelli schizoparanoidei, l'essere contenuti porta sollievo, ma non necessariamente crescita. Poiché in questo caso una vera separazione dall'oggetto non può essere tollerata, neanche il contenimento può essere interiorizzato: ciò crea continuamente nel paziente l'illusione onnipotente che l'oggetto sia posseduto e controllato. Nel lavoro del lutto, invece, quando il paziente esce dal rifugio, egli comincia ad interessarsi del funzionamento della propria mente, potendo distinguere meglio ciò che appartiene all'analista o a sé: in questa fase l'analista può e deve avere il coraggio di formulare interpretazioni centrate sul paziente, anche se ciò può indurre il paziente a sentirsi perseguitato.

JANINE PUGET, RENÉ KAËS, MARCELO N. VIGNAR, LIA RICÒN, JULIA BRAUN DE DUNAYEVICH, MARIA LUCIA PALENTI, SILVIA AMATI, MAREN ULRIKSEN-VIGNAR, VICENTE A. GALLI

Violenza di stato e psicoanalisi,

Guido Gnocchi Editori s.r.l., Napoli, 1994, Pag. 191 lire 45.000.

(Ed. orig. *Violence d'état et psychanalyse*, Dunod, Paris 1989).

La traduzione italiana di questo libro costituisce il primo volume di una nuova collana di Psicologia Clinica e Psicoanalisi diretta e curata da Adele Nunziante Cesaro e Paolo Valerio. Scritto da un gruppo di psicoanalisti durante il periodo della dittatura militare in Argentina (1976-1983), fu pubblicato per la prima volta in Francia nel 1989 quasi contemporaneamente agli episodi di feroce violenza e repressione nel loro Paese. Il fatto che sia stato vissuto, pensato e scritto contemporaneamente agli eventi ai quali si riferisce è un punto che lo rende particolarmente interessante. Una volta tanto possiamo, anche se amaramente, essere orgogliosi della “salute mentale” degli psicoanalisti, per aver potuto dare spazio al bisogno impellente di elaborare una situazione traumatica generalizzata, nella quale erano implicati e come persone e attraverso il lavoro con i pazienti. È ovvio, ma significativo che il libro sia stato pubblicato in Argentina molto più tardi che all'estero.

Bisogna tener presente che gli autori lavoravano in una situazione di permanente persecuzione sociale da parte dello Stato Militare, che considerava la categoria degli psicoanalisti e psicoterapeuti una minaccia, tanto che venivano chiamati “sovversivi” o “ideologi della sinistra”. In quel periodo bastava avere in casa i volumi di Freud per diventare un *desaparecido*, una vittima di inenarrabili torture o, nel migliore dei casi un detenuto politico. Il loro coraggio è stato doppio: quello di rischiare la vita e quello di lasciare una testimonianza. È questo un caso nel quale possiamo ritenere che la forza del pensiero li abbia salvati dal panico dell'immobilità.

Alcuni degli autori sono stati costretti ad un periodo di esilio all'estero, e per loro è stato molto importante il confronto con chi era totalmente fuori da quella situazione.

nell'analisi" (p. 39) che si chiede: "È possibile la psicoanalisi in America Latina, dove regna una tale ingiustizia sociale, una tale violenza politica?" In cosa e come la violenza politica riguarda la trama e lo spazio dell'analisi? "Cosa avviene nell'attività e nella riflessione analitica quando la violenza politica invade lo spazio sociale fino al punto di sommergerlo in modo intollerabile?". Si può comprendere come tali domande siano centrali per ogni psicoanalista. L'autore articola la domanda "che cos'è la realtà per lo psicoanalista?" in quattro temi: la violenza sociale, il terrorismo, terrorismo di stato e la guerra nucleare rimettendo in questione il problema della universalità e atemporalità della scienza.

Le riflessioni degli autori ci costringono a ripensare i limiti del lavoro analitico imposti da una realtà esterna drammatica, ma ci spingono anche a considerare come centrale ed essenziale la spinta a "voler capire", a "voler sapere", tendenza inalienabile della pulsione di vita.

Questo tema viene affrontato da J. Braun e M.L. Palento in "Le vicissitudini della pulsione di sapere in certi lutti speciali" (p. 81).

Leggendo queste pagine è inevitabile il confronto con i pazienti difficili, poco importa se sono sdraiati sul lettino o seduti sulla poltrona: il limite imposto da stati traumatici indicibili ci mette nella condizione di percepire soltanto gli effetti devastanti e di accogliere la drammaticità di qualcosa di irripetibile. Come se rendere pensabile e dicibile fosse impossibile per la sopravvivenza psichica del soggetto. A questo proposito nel capitolo "La trasmissione dell'orrore" M. Ulriksen-Vignar (p. 127) presenta un caso clinico dolorosamente bello, svolto durante l'esilio della paziente (e dell'analista).

J. Puget, a sua volta, approfondisce i problemi tecnico-teorici posti da questa particolare situazione, quando la realtà esterna sopraffà il paziente e l'analista con gravi effetti sul setting, sulla patologia dei pazienti e sull'analista stesso. J. Puget dichiara di trovare deficitaria la teoria, come d'altronde in ogni esperienza limite.

L'autrice spiega come in tale situazione l'analista è portato a prendere "alla lettera" ciò che ascolta dal paziente tralasciando il lato inconscio della narrazione, perdendo così il punto di vista analitico. Ma d'altro canto ritiene sia impossibile omettere questo aspetto del materiale come effetto del diniego del mondo esterno che porterebbe comunque alla distorsione del processo analitico.

gnano le entità nosologiche, dalle quali la psicoanalisi non è riuscita a liberarsi nonostante la rottura epistemologica freudiana. Ella considera questo uno dei limiti alla base della comprensione delle psicosi aprendo un altro punto molto attuale di discussione.

Tante e tante altre sono le problematiche di ordine teorico, etico e della pratica psicoterapeutica contenute in questo volume, relative alle situazioni-limite vissute in un regime totalitario.

Questo gruppo di analisti che si è unito nel tentativo - riuscito - di rendere pensabile una esperienza tragicamente traumatica ci fa sperare nella possibilità di spezzare una catena mortifera. Infatti, benché sia inevitabile che resti nella memoria individuale e collettiva un buco, un vuoto irriducibile, la consapevolezza può far sì che la storia non si ripeta.

Maria Mosca

SCHEDA

DANIEL N. STERN

La costellazione materna

Bollati Boringhieri, Torino 1995, pp. 219, Lire 45.000.

(Ed. orig.: *The Motherhood Constellation, Basic Book New York*)

In questo libro Stern affronta i problemi teorici e clinici connessi al trattamento psicoterapeutico della coppia genitore-bambino. Lavorare con i bambini e con la loro famiglia implica per il terapeuta un approccio particolarmente complesso, che lo costringe “ad attraversare e riattraversare i confini tra l’interpersonale e l’intrapsichico” (p. 24). L’autore studia le rappresentazioni dei genitori e il modo in cui intervengono nella interazione genitore bambino, l’origine delle rappresentazioni del bambino e il loro manifestarsi nella situazione clinica. Il suo principale assunto teorico è ciò che Stern definisce la “costellazione materna” (la parentela del concetto con quello winnicottiano di “preoccupazione materna primaria” è palese), ossia l’“organizzazione psichica nuova e peculiare” della donna che diventa madre.

“La costellazione materna riguarda tre [...]

dre; il discorso con il suo bambino” (pp. 172-3). La costellazione materna impone al terapeuta la necessità di stabilire un’alleanza terapeutica per molti aspetti diversa da quella tradizionale.

Benché il libro non aggiunga nulla di essenziale a quanto conosciamo del pensiero di Stern, contiene pagine interessanti sul rapporto tra sensazioni e affetti, sull’origine della fantasia, sull’*après coup*, sull’esperienza dei bambini che crescono accanto a una madre depressa e soprattutto sulle caratteristiche dell’osservazione della coppia madre-bambino e sui rischi di una lettura indebitamente interpretativa di ciò che viene osservato.

MLM

PSICHE

Rivista di cultura psicoanalitica.

Le parole che curano. Nuovi orientamenti della psicoanalisi per la terapia dei pazienti gravi

Anno III, numeri 2 e 3, Maggio -Dicembre 1995. Borla, Roma 1996, pp. 270, Lire 60.000

Il numero monografico della rivista Psiche, coordinato da Antonello Correale, si presenta come una prima riflessione a più voci, sul tema del trattamento delle patologie gravi (borderline e schizofreniche), oggetto di straordinario interesse per la psicoanalisi, non solo per motivi etici, ma per la complessità teorico-clinica che si riflette nella cura di questi pazienti. Infatti, come sottolineano Correale e Moccia nell'introduzione, "Teorie pulsionali, della relazione d'oggetto e della psicologia del Sé confliggono su questo terreno, così che oggi lo studio dei pazienti gravi è una opportunità per recapitolare le questioni più critiche della psicoanalisi contemporanei". Ciò comporta il ricorso ad una molteplicità di modelli, in vista di un confronto e di un arricchimento degli strumenti di indagine. Per rispondere a questa esigenza, il volume raccoglie nella

modello ci rendono più sensibili nel nostro lavoro di psicoanalisti".

Inoltre nella *seconda sezione* del volume si approfondiscono alcune *questioni cliniche* relative alla pratica terapeutica specifica con pazienti borderline e psicotici, affrontata anche in un setting *istituzionale*.

La *terza sezione, Istituzioni e Società*, infine allarga *il discorso* al contesto gruppale, sociale e istituzionale in cui si manifesta la gravità del disagio psicopatologico, indagando i meccanismi peculiari che comportano una necessaria trasformazione dell'identità dello psicoanalista insieme alla proposta di alcune strategie di comprensione e di intervento.

MV

Avvertenze per gli Autori

⇒ I lavori per la pubblicazione devono pervenire alla Redazione della Rivista possibilmente in **sei copie a stampa**. Qualora il lavoro sia accettato, l'autore invierà in seguito il dischetto con le eventuali modifiche concordate con la redazione.

I lavori vanno indirizzati alla:

“Redazione della Rivista Psicoterapia Psicoanalitica”

presso la sede della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica - SIPP – Viale Bruno Buozzi, 105 - 00194 Roma - Tel. e Fax 06/32.31.107

⇒ Il nome dell'Autore e l'indirizzo debbono essere indicati per esteso nell'ultima pagina del lavoro.

⇒ Un riassunto del lavoro in italiano ed un *summary* in inglese, della lunghezza max. di 15 righe dattiloscritte dovranno comparire di seguito alla bibliografia.

⇒ I **riferimenti bibliografici** saranno indicati in parentesi tonda e consisteranno nel cognome dell'autore, seguito dall'anno di pubblicazione e dal numero della pagina o delle pagine. Per esempio: (Freud 1925, 314). Ove sia necessario evitare equivoci il cognome dell'autore sarà seguito dall'iniziale del nome: (Freud, A. 1936).

Importante: Gli autori avranno cura di controllare che ad ogni riferimento bibliografico nel testo corrisponda la relativa voce in bibliografia e che d'altra parte non ci siano voci bibliografiche a cui non corrisponda un riferimento nel testo.

I lavori di Freud saranno citati in conformità all'edizione Boringhieri e dunque saranno seguiti in bibliografia dalla sigla *OSF*, seguita dal numero del volume

⇒ **La bibliografia generale** sarà disposta per ordine alfabetico, secondo i seguenti esempi esplicativi:

Gori, C.G. (1992) *Parola e interpretazione in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano.

Se ci sono due o più autori i loro nomi saranno indicati in successione separati da una virgola:

Aliprandi, M.T., Pelanda, E., Semse, T. (1990) *Psicoterapia breve di individuazione*. Feltrinelli, Milano.

Se c'è un curatore:

Genovese, C. (a cura di) (1988) *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Se il lavoro compare in un libro curato da persona diversa dall'autore:

Isaacs, S. (1952) The Nature and Function of Phantasy. In: Rivière, J. (Ed.) *Developments in Psycho-Analysis*. Hogarth Press, London.

Se il lavoro è pubblicato in una rivista:

1975.

Oppure:

Winnicott, D.W. (1949) L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.

- ⇒ Per tutti gli altri casi non compresi in queste Avvertenze, fare riferimento alle Bibliografie pubblicate dalla Rivista.
- ⇒ A ciascun Autore verrà messa a disposizione una copia del numero della rivista su cui è comparso l'articolo. Per eventuali ordinativi di estratti, gli Autori sono pregati di contattare direttamente la Redazione.
- ⇒ Per eventuali informazioni sui costi e ordinativi degli estratti, gli Autori possono rivolgersi al Redattore capo dott.ssa Pia De Silvestris.