

con le quali si dedica al duro impegno di Responsabile Editoriale fungendo la link tra IRPPI, Editore, autori degli articoli. Da non dimenticare il suo contributo alla gravosa organizzazione della “Regional Conference” sul sogno, nel 2014.

La sessione “Libri” vede una bellissima, a mio parere, recensione proposte dal dr. Bernardo Foresi, psicoterapeuta formatosi in IRPPI. Foresi ha scelto il volume “Coscienza e Cervello” di Stanislas Dehane edito da R. Cortina nel 2014. Stanislas Dehane prof. al College de France, è neuro scienziato cognitivo, noto anche per gli studi sui correlati neurali della letteratura e delle “cognizioni” matematiche (Cognitive Neuroscience of Numeracy).

Non mi addentro nella densa, seppur chiarissima recensione del dr. Foresi la consegno all’interesse e al piacere dei nostri lettori ringraziandoli ancora per l’attenzione data a “Mente e Cura”.

Il direttore scientifico
Dr. Giuseppe Tropeano

Articoli/Articles

PSICOANALISI, INFANT RESEARCH E NEUROSCIENZE: VERSO UN NUOVO PARADIGMA PER LA PSICOTERAPIA

Piero Sistopaoli¹

Riassunto: L’incremento delle conoscenze neuroscientifiche degli ultimi venti anni, le scoperte della *Infant research*, la “svolta relazionale” della psicoanalisi a fronte dell’ingresso di nuove forme di psicopatologia negli studi di psicoterapia, pongono ai clinici la necessità di pensare in modo nuovo alla relazione terapeutica, ponendo al centro della riflessione il Sé del paziente, co-costruito entro la relazione stessa. La ricostruzione del Sé in psicoterapia viene descritta, in relazione ai risultati degli studi riferiti, in maniera isomorfa a quanto è accaduto fra madre e bambino nelle prime fasi dello sviluppo. In psicoterapia sarà cioè necessario fare attenzione agli equivalenti movimenti prosodici che informano la relazione attraverso le memorie procedurali, alle rappresentazioni carenziali come anche alle fantasie idealizzanti, necessarie a contrastare la disperazione e a riavviare la crescita in quanto “identificazioni anticipatorie”.

Summary: The growth of neuroscientific knowledge in the last twenty years; the discoveries in Infant Research; the relational turning point in psychoanalysis; the entry of new forms of psychopathology in the consulting rooms of the psychotherapists urge the clinicians to think back to the therapeutic relationship, focusing on the Self of the patient, which it’s co-constructed within the same relationship. The re-construction of the Self in psychotherapy is described in a way isomorphic to the mother-child relationship in the early stages of the development. In psychotherapy i.e. will be needful to pay attention to the prosodic equivalent movements which informs the relationship throughout the procedural memories, the hopelessness images as well as the idealizing phantasies, that are necessary to cope with feelings of disperse and restart the growing process as “anticipatory identifications”.

¹ Dott. Piero Sistopaoli, dirigente psicologo Asl RmD, psicoanalista

Premessa: una prospettiva integrata

Alle soglie del nuovo millennio Eric Kandel indicava la necessità di porre al centro del pensiero psichiatrico – e nei contesti formativi dei nuovi psichiatri – la moderna neurobiologia (Kandel 1998).

Le tecniche di *neuroimaging* e il proliferare di studi sul cervello oltre che sulle prime interazioni umane infatti avevano prodotto una mole di nuove conoscenze, al culmine del “decennio del cervello” (A. Shore 2003), che necessitavano di un sedimento. Kandel illustrava quanto non si trattasse di riesumare i fasti del “darwinismo sociale”, quanto piuttosto di promuovere, non solo in psichiatria, ma anche in psicologia e in psicoterapia nuove forme di conoscenza e criteri clinici più utili a partire dal riconoscimento di quanto proprio la psicoterapia, in virtù dello sviluppo della *neuroimaging*, fosse in grado di produrre non solo cambiamenti comportamentali, ma anche nuovi cambiamenti strutturali nel cervello. Anzi, potremmo aggiungere, si è reso evidente quanto proprio le nuove tecniche di indagine sul cervello rendano possibile monitorare i progressi in psicoterapia, validando per così dire il suo “tasso di scientificità”. Inoltre: “L’uso congiunto degli interventi farmacologici e psicoterapeutici può avere successo proprio in virtù del potenziale sinergico e interattivo – non solo addizionale – effetto dei due interventi” (Ivi, p.466).

Negli stessi anni Damasio indicava la necessità per la scienza di operare uno spostamento del suo orientamento filosofico di fondo da Cartesio a Spinoza: ovvero di non pensare più ad una mente giustapposta al corpo, ma ad una mente-corpo che nasca, cresca e ammalii in una prospettiva integrata (Damasio 1995). Questo nuovo approccio alla coscienza ha finito, di recente, per mettere al centro della nostra riflessione la costruzione del Sé su una nuova e più solida base neuroscientifica (Damasio, 2010).

Già nel decennio precedente gli studi sull’attaccamento avevano individuato per la psicologia evolutiva un’area meno astratta della classica psicologia sperimentale o autoreferenziale come nel caso della psicoanalisi del primo e secondo dopoguerra. Gli stessi studi sull’attac-

camento ponevano, alla luce delle conoscenze sulla relazione precoce madre-bambino in ottica etologica, la necessità di individuare modelli impliciti di relazione che sedimentavano in “modelli operativi interni” del bambino, ovvero nel suo Sé (Stern 1985).

Questi studi trovano una feconda sintesi in area psicoanalitica in ambito post-sullivaniano, in particolare nella “svolta relazionale” concettualizzata da Bebee e Lachmann (2003), che, dopo aver osservato da vicino il ‘dialogo’ madre-infante attraverso la microanalisi di questa interazione (1988), descrive la nascita del Sé come co-costruita nell’ambito di una regolazione interattiva Sé-Oggetto. Anche Stern (2010) si pone nello stesso orizzonte descrivendo il Sé a partire dalle “forme vitali” percepite per via entero-proprio-esterocettiva, influenzato questa volta forse più dagli studi di neuroscienze che da quelli sull’attaccamento.

Anche la psicoanalisi si occupa della relazione precoce madre-bambino. In particolare l’area psicoanalitica kleiniana, l’area delle relazioni oggettuali, attraverso il concetto di identificazione proiettiva (Klein, ’46) aveva già posto la clinica su un terreno relazionale teorizzato fin dalle prime fasi dello sviluppo umano: attraverso il profondo gioco di identificazione-proiezione il bambino costruiva il suo Sé già nel periodo neonatale in rapporto alla madre e ai suoi oggetti parziali. Vero è che mancava in questa concettualizzazione la forma reale della relazione: essa descriveva in maniera acuta ed originale gli aspetti intrapsichici della mente del bambino, intuendone precocemente le forme patologiche. La concettualizzazione winnicottiana di preoccupazione materna primaria, fenomeni transizionali, *holding* e rispecchiamento hanno costituito a loro volta un riferimento per molti ricercatori dei processi evolutivi.

Con Bion (‘63) l’identificazione proiettiva, da prototipo delle relazioni aggressive, viene ripensata come modalità comunicativa primaria ed assume una valenza bidirezionale. Contenitore e contenuto possono costituire vertici di osservazione parziali dello stesso processo analitico. In parallelo con Bion, negli anni ’60, i Baranger, psicoanalisti argentini di formazione Kleiniana, derivando il concetto di campo dalla psicologia della Gestalt e dalla Fenomenologia, teorizzavano la

“situazione analitica” come “campo bipersonale”(63).

All'interno di esso la fantasia inconscia che muove il processo analitico non è più solo quella del paziente ma è concepita come una fantasia inconscia di coppia. Ciò ha gettato nuova luce sul complesso gioco incrociato di identificazioni proiettive e introiettive con il loro corollario di controidentificazioni: all'interno di esse si modula il Sé del paziente, esso si ricostruisce (dovremmo più correttamente dire “si ricostruisce”) in maniera isomorfa a quanto accadeva nelle sue prime fasi dello sviluppo in rapporto con la madre. Secondo questa prospettiva psicoanalisi, infant research e neuroscienze pongono il problema del Sé al centro dello sviluppo di un nuovo modello di psicoterapia psicoanalitica, un *modello integrato*.

Nascita e sviluppo del Sé

Le ricerche interdisciplinari sull'attaccamento hanno evidenziato quanto i fallimenti della regolazione del Sé e dell'interazione con il suo oggetto (il caregiver) siano alla base di tutte le forme psicopatologiche dell'infanzia. Definiamo con Jacobson il Sé come l'unità somatopsichica di un individuo, che si costituisce nell'esperienza della relazione (E. Jacobson '64).

Le rappresentazioni del Sé, che all'inizio sono rappresentazioni elementari del corpo, insieme con le rappresentazioni degli oggetti finiscono per definire il senso complessivo del Sé (S.A. Mitchell '92). La costruzione del Sé è a sua volta regolata dalla tipologia della relazione Sé-Oggetto, che la influenza di rimando, dunque, come detto, è coregolata (Beebe e Lachmann 2003). I primitivi meccanismi neurobiologici sono embricati con le primitive esperienze psicologiche di relazione. Nelle prime fasi di vita il senso della vista modula l'esperienza delle prime interazioni del bambino con la madre.

Secondo Emde (1988) il neonato è predisposto da una motivazione specie-specifica ad avviare i primitivi scambi visivi con la madre. Fra i due e i tre mesi la mielinizzazione delle aree visive della corteccia au-

menta vertiginosamente e quando egli osserva le pupille dilatate della madre da piacere e interesse, a sua volta le sue pupille si dilateranno attivando nella madre comportamenti di accudimento. Egli la stimola per ottenere in cambio a sua volta le stimolazioni necessarie alla sua maturazione cerebrale (Hess '75).

Il rispecchiamento affettivo che si prolunga nei primi mesi dello sviluppo con notevole intensità sembra determinare il peculiare legame di comunicazione inconscia madre-bambino, prototipica per la qualità dei legami. Trevarthen (1993) illustra come avviene questa microregolazione che finirà per avviluppare i cinque sensi in una situazione totale: un intenso scambio di segnali visivo-uditivo avvia uno stato di eccitamento e piacere reciproco a partire dalle tipiche vocalizzazioni materne – il “motherese intuitivo” - che coinvolgono il bambino, il quale durante le pause emette la sua voce stabilendo con la madre un peculiare ritmo che definisce una prima regola interazionale: la presa di turno. Queste transazioni non si limitano a influenzare il cervello, ma sono necessarie per la sua crescita. La prosodia di scambi attivata viene regolata nel Sé in fieri del bambino, dal Sé della madre, la quale, dopo aver avviato una interazione che amplifica l'attivazione e il tono edonico del bambino in maniera crescente, la regola interrompendo il ritmo degli avvicinamenti e mugolii quando supera determinati picchi, per proteggerlo da un eccessivo eccitamento.

Allan Shore (2003) sostiene che, affinché ciò si realizzi in maniera sana, questo scambio deve avvenire nel contesto di una relazione affettiva a valenza positiva vissuta dalla coppia; non a caso il ‘dialogo’ descritto mette in gioco dopamina ed endorfine nei due membri della interazione. Egli sottolinea il fatto che, durante le “protoconversazioni”, il volto della madre non sia semplicemente uno specchio, piuttosto *uno specchio che amplifica* l'arousal e il piacere del bambino in un crescendo regolato dalla distrazione del suo sguardo.

Secondo Tronick (1998) la mutua regolazione della interazione madre-bambino produrrà “stati diadici di coscienza” in espansione, forieri di maggiore complessità, dunque di crescita e cambiamento. Ancora Shore specifica quanto lo sviluppo della corteccia destra sembra modulato proprio da queste esperienze di relazione e in particolare

dagli stati di euforia, regolati dalla madre attraverso la comunicazione preverbale ed inconscia stabilita attraverso la sintonizzazione dei due emisferi destri. Da questo punto di vista i processi di regolazione emotiva vengono considerati come precursori dell'attaccamento. Il cervello dx esercitando una funzione di controllo sulle funzioni vitali che sostengono la sopravvivenza, secondo Schore “contiene” il sistema del Sé. La relazione precoce, promuovendo *l'autoregolazione* del cervello del bambino, può costituire un fattore di *resilienza* o di *vulnerabilità* psicopatologica. Le esperienze, regolate e non regolate, con la madre sono conservate poi nella memoria procedurale nell'ambito del sistema orbitofrontale, la parte pensante del cervello emozionale, che monitora e autoregola la frequenza, l'intensità e la durata sia degli affetti positivi che di quelli negativi. Ciò consente l'instaurarsi di una capacità di autoconforto precoce e di riparazione, fattore precoce di resilienza. Il nucleo del Sé è dunque inconscio e non verbale e risiede nei pattern di regolazione affettiva (A. Shore p. 56).

Abbiamo descritto finora la relazione Sé-oggetto come processo omeodinamico. A. Damasio (2010) descrive come il Sé, in quanto soggetto di conoscenza, emerga per gradi all'interno dello stesso organismo, nel rapporto corpo-cervello a partire dalle più periferiche *mappe neurali*. Le prime manifestazioni di esso sarebbero registrate a livello del “Sé nucleare” già nel tronco encefalico. E' interessante notare, evidenziano Fonagy e Target, come ricercatori dello sviluppo che si occupano di aree diverse giungano a descrizioni analoghe; ad esempio Stern concettualizza lo sviluppo del Sé attraverso fasi omologhe a quelle proposte da Damasio (Fonagy, Target '03).

Affetti negativi e affetti positivi

Se nel corso del primo anno di vita il comportamento materno è volto all'accudimento e al piacere e consente alla coppia di vivere una sana esperienza di fusionalità (regolata, come detto); dall'inizio del secondo il bambino, in virtù delle necessarie proibizioni che riceve,

inizia a registrare una assenza di sintonia affettiva a livello visivo e di prossimità corporea, sperimentando frustrazione e vergogna, affetti che fanno a tratti crollare verticalmente eccitazione e piacere. In condizioni ottimali gli affetti negativi esperiti vengono metabolizzati se il genitore, in grado di contenimento emotivo, continua a mantenere il coinvolgimento positivo con il bambino che sta sperimentando affetti negativi, mostrando *capacità di tolleranza degli affetti negativi in entrambi*.

La capacità del caregiver di mantenere il rapporto e di ricreare un clima positivo promuove la resilienza del bambino, contribuendo a costruire una rappresentazione del suo Sé efficace e capace di continuità. Tale capacità è peraltro alla base della “capacità riflessiva” del bambino.

Capacità definita da Fonagy e Target al di là del semplice “rispecchiamento”, come promossa dalla capacità del caregiver di riflettere lo stato emotivo del bambino *unitamente alla sua capacità di padroneggiarlo* (2001). In tal modo le capacità di regolazione del caregiver contribuiranno a promuovere l'autoregolazione e la crescita mentale del bambino anche nel corso dello sviluppo. Al contrario, il fallimento di questa regolazione ad opera del caregiver contribuirà a promuovere un Sé disregolato e vulnerabile, incapace di autoconforto e stabilità così come la mancata risoluzione del lutto nel caregiver sembra predire la disorganizzazione nell'attaccamento infantile (Fonagy, Target '03).

Da punto di vista psicoanalitico Bion ('62) ha illustrato quanto il mancato contenimento e trasformazione delle identificazioni proiettive dei bambini nella mente della madre, ovvero la mancata restituzione e trasformazione di esse in significati, possa lasciare lo stesso in uno stato di angoscia e terrore senza nome. Il mancato contenimento in questo caso sembra trasformare l'i.p. in un processo patogeno di evacuazione. Al contrario, la madre “sufficientemente buona” di Winnicott ('56) sarà naturalmente in grado di dosare premi e frustrazioni (ottimali) per suo bambino promuovendo spontaneamente lo sviluppo di un Sé equilibrato e capace di resilienza.

Trasformazioni del Sé

L'organizzazione del Sé e della regolazione affettiva presiedono dunque alla capacità di comprendere il comportamento in termini di stati mentali, ciò che definisce, come detto, la capacità riflessiva. In adolescenza il programma genetico individuale impone la crescita corporea, che è per definizione asimmetrica; la maturazione ghiandolare promuove la centralità della zona erogena genitale che spinge in direzione di nuovi comportamenti sessuali auto ed eterodiretti, che eccitano e spaventano. Il conflitto fra autonomia e dipendenza, centrale in adolescenza, pone la necessità di ridefinire il Sé oscillando fra protezione e autonomia.

Tale ridefinizione è particolarmente laboriosa in questa fase dello sviluppo in quanto le rappresentazioni mentali e corporee, stratificate nel Sé, si trasformano e rischiano di stravolgere l'equilibrio in precedenza raggiunto dal "vecchio" bambino in latenza, che non senza fatica era riuscito, in una linea di sviluppo ideale, a dilazionare gli impulsi primari tesi alla soddisfazione immediata in favore di una più tranquillizzante idealizzazione dei genitori, che sembravano garantire per sempre accudimento e protezione. Il rimodellamento del Sé in adolescenza è particolarmente delicato anche in quanto i sistemi motivazionali in questa fase entrano in funzione con intensità variabile (Muscetta '92), in una situazione in cui i nuovi compiti evolutivi relazionali e scolastici impongono la costruzione di una nuova identità che consenta all'adolescente di spostare gli ideali dai genitori dell'infanzia verso qualcosa di nuovo, più in sintonia con il nuovo Sé.

Il sistema di attaccamento, ad esempio, può entrare in rotta di collisione con quello di evitamento o con quello esplorativo-assertivo oppure la regolazione psichica con il bisogno di soddisfare le pulsioni genitali determinando aree confusionali nel Sé che in taluni casi necessitano di trattamento. Esso dovrà infine essere adeguato rispetto al mondo dei pari che costituirà di qui in avanti la nuova frontiera su cui misurare il senso di Sé. Inoltre l'accrescimento asimmetrico del corpo può, in assenza di una adeguata capacità rappresentativa e di conte-

nimento, produrre angosce somatoformi e dismorfofobiche. L'inadeguato riconoscimento del Sé corporeo e la inadeguata identità sessuale possono, in determinate situazioni, condurre al "rifiuto del corpo sessuale", ovvero ad un più o meno esteso blocco evolutivo (Laufer '84).

Molto spesso le psicoterapie degli adolescenti si avviano al culmine di riacutizzazioni di penose angosce infantili, quali sensazioni di impotenza o fragilità o reattività impulsiva incontrollata rispetto al mondo degli adulti, che fanno sentire l'adolescente sull'orlo della perdita del controllo e della rottura del Sé. In taluni casi, più difficilmente trattabili, incontriamo giovani affiliati a vere e proprie Gangs antigenitoriali. In questo ultimo caso l'intero Sé dell'adolescente sembra funzionare come una gang costituendosi una sorta di isomorfismo fra gruppo interno ed esterno (Sistopoli 2000). La migliore descrizione che io conosca di questo tipo di Sé è stata fatta da J. Steiner ('87).

Egli lo definisce come caratterizzato dalla prevalenza della parte più aggressiva e perversa di esso sugli altri aspetti della personalità oltre che da un set strutturato di angosce, impulsi e difese primitive (scissione, identificazione proiettiva, diniego e svalutazione dell'oggetto) che ipostatizzano la personalità del soggetto in una posizione intermedia compresa fra la kleiniana posizione schizoparanoide e quella depressiva. Quanto più il giovane si avvicinerrebbe all'una, tanto più tenderebbe a fuggire nell'altra. Il gruppo dei pari coinciderebbe in questo caso con una *gang*, dominata dal membro più violento, come avviene all'interno del suo Sé inoltre essa si porrebbe come un rifugio mentale che, proteggendo – per così dire – dal rischio di scompenso psichico ed evitando la fatica di crescere, garantirebbe il proseguimento della primitiva onnipotenza infantile.

Psicoterapia

Il confine fra salute mentale e malattia, nevrosi e psicosi, negli ultimi decenni si è molto modificato. Se un tempo esso appariva più netto, oggi questa partizione è molto più sfumata. Non mi riferisco solo al

disturbo borderline di personalità (che, comunque abbiamo scoperto con Kernberg essere un universo molto composito), ma alla proliferazione delle identità fuori centro, alla diffusione dell'arroganza e della svalutazione dell'altro come dispositivo di autoaffermazione dei "vincenti", al narcisismo onnipotente mimetizzato da capacità assertiva, all'abuso di droghe (la larga maggioranza dei giovani che afferiscono ai nostri DSM usano sostanze stupefacenti) e in particolare alla alessitimia, un tempo non disaggregabile da un qualche quadro clinico. *Last but not least* alla diffusione di personalità che hanno una discreta capacità dell'Io, ovvero un lavoro e una vita di relazione, ma in una condizione *mindless*. Ci troviamo dunque sempre più al cospetto di condizioni di vulnerabilità del Sé tali che il lavoro terapeutico si sposta dall'analisi del dato intrapsichico dell'individuo alla ri-costruzione della sua gestalt, costituendo il rapporto terapeuta-paziente un nuovo modello di relazione per entrambi e che, quando funziona li vede *entrambi* trasformati.

Da quanto detto in precedenza è chiaro che anche in ambito psicoanalitico ci si è spostati sempre più dal modello strutturale pulsionale verso un modello relazionale, dal contenuto delle memorie episodiche alla forma della memoria procedurale, ai "modelli operativi interni". Betty Joseph, con il suo straordinario intuito clinico ha descritto – pur muovendosi all'interno di una compatibilità linguistica strettamente psicoanalitica - la relazione analitica come una *gestalt*, avvicinandosi a comprendere meglio le situazioni di stallo e appiattimento e la difficoltà di modificare l'equilibrio psichico di un paziente che si sia rifugiato in uno stato mentale perverso o masochistico, se non comprendendone le ragioni profonde e rispettandone le difese nell'ambito di una "situazione totale" (Betty Joseph '89). Ma chi ha, per così dire detronizzato l'analista-specchio monista dalla sua comoda poltrona, in ambito post kleiniano, è stata Anne Alvarez la quale ha integrato le acute intuizioni degli analisti infantili kleiniani con i risultati della ricerca sullo sviluppo infantile (A. Alvarez '93).

Ella propone la figura di un analista vivo, combattivo, attento agli enactment del paziente impliciti nell' *hic et nunc* della seduta e nel transfert. Avendo lavorato per molti anni con bambini autistici e non

potendo disporre di parola e simbolo, ella ha imparato a utilizzare gli affetti vitali proprio nel senso proposto da Stern, declinandoli nella clinica come non si era fatto in precedenza. A ben vedere, ci illustra la Alvarez, una madre "è qualcosa di più di una figura che nutre, cura e contiene, per quanto importanti e vitali siano queste funzioni (Alvarez ')", essa stimola il bambino, lo calma, lo ristimola, come descritto da Brazelton e Trevarthen costruendo con il suo bambino un clima emotivo calmo e gioioso. "I bambini sono invitati al contatto con un altro essere umano non solo attraverso i loro bisogni corporei o emotivi, e non solo in virtù del loro stesso interesse a tale contatto, ma in grande misura con la guida, l'assistenza attiva e l'esplicito desiderio delle madri" (Ivi, p.77).

In un volume collettivo del 2001 dedicato al suo lavoro clinico dal significativo titolo: "Being Alive – building on the work on Anne Alvarez", Fonagy utilizza le sue proposizioni cliniche per ridefinire il concetto di "azione terapeutica": "Lei attira la nostra attenzione verso due cambiamenti nella nostra comprensione della azione terapeutica: a) il modo in cui lo scopo di abbattere le barriere della rimozione è stato soppiantato da un processo che coinvolge l'estensione dei confini del Sé fino a includere il recupero delle parti perdute o scisse attraverso il contenimento analitico, e b) lo sviluppo di una meta-teoria più relazionale, meno meccanicistica e più capace di ospitare la novità e la 'mentalizzazione della mente' (Ivi, p.15)" (*ndr* La traduzione è mia).

Nell'intento di avvicinare gli aspetti scissi o più traumatici della mente la Alvarez, ispirandosi alla madre che stimola un bambino ritirato emotivamente, che lo richiama tentando di "risvegliarlo", propone anche la possibilità di valutare ed utilizzare le idealizzazioni, come una modalità per avviare la relazione terapeutica su un binario più sano rispetto a quello implicito nella memoria procedurale del paziente.

Il terapeuta è pensato come vitale ed empatico e capace di sopportare l'incertezza su tempi lunghi, senza perdere la speranza del cambiamento in maniera non fideistica, ma attento ai micromovimenti del paziente nella relazione. In questo la Alvarez segue l'insegnamento di J. Chasseguet-Smirgel ('75), la quale ha evidenziato come la funzione idealizzante, che nasce come reazione all'impotenza primaria, costitu-

isca una apertura alla relazione introducendo nel Sé un'ombra dell'oggetto ed avviandolo implicitamente in una direzione relazionale.

Alvarez inoltre mostra quanto le idealizzazioni dei bambini non siano solo difese contro penose esperienze di perdita o vergogna, ma anche, in condizioni normali, "una necessità evolutiva". Raggiungere in terapia questo livello con un giovane deprivato, depresso o con sintomi negativi è un passaggio evolutivo molto importante. Il terapeuta, come una madre che contenga sanamente le aspirazioni del suo bambino, non le bloccherà ma le aiuterà a costituirsi in "identificazioni anticipatorie", aventi carattere di prova e di anticipazione per il futuro (Alvarez, cit.; Sistopaoli '97). Perché ciò possa accadere però occorre distinguere le idealizzazioni costruttive da quelle distruttive. Ancora in ambito psicoanalitico, il Rosenfeld più recente afferma con chiarezza che non ci può essere una reazione terapeutica negativa se prima non ce n'è stata una positiva (H. Rosenfeld '87).

Nei casi di narcisismo distruttivo, egli sposta la concettualizzazione dal Super-Io alla struttura oggettuale della mente. Egli suggerisce, nei suoi ultimi lavori, che in questi casi vengono idealizzate *difensivamente* parti onnipotenti e distruttive del Sé al fine di negare la natura separata dell'oggetto. In questi casi il paziente trarrebbe giovamento dall'osservare quanto nel suo Sé esista un Sé scisso/persuasore occulto onnisciente, che agisce come un perfido Super-Io, attaccando quanto di buono possa esistere nell'oggetto: egli sente che ogni cosa che abbia valore negli oggetti esterni fa parte di lui" (ivi, p.97). Questo elemento di preziosità, per quanto grottesco ed antievolutivo, sembra proteggere il Sé ed è pericoloso demolirlo con l'interpretazione: "perciò è necessario distinguere il lato positivo dell'autoidealizzazione da quello negativo"; quando ciò non riesce si creano pericolose confusioni entro il Sé e nel suo legame con l'oggetto. La distinzione fra le due forme di idealizzazione può rappresentarsi, nei pazienti attraverso i sogni (Sistopaoli '05).

Per quanto detto, quando ci si trova in un clima relazionale paranoide o appiattito da un ritiro mortifero, la via di accesso alla relazione può passare attraverso l'idealizzazione e gli affetti vitali. E' necessario in questi casi individuare qualcosa di prezioso nel Sé da analizzare, ad

esempio dopo un piccolo successo o un momento di non angoscia del paziente, esprimendolo anche attraverso un *rituale condiviso*, come si fa con le terapie con i bambini deprivati. Ciò tiene anche viva la speranza del cambiamento. Il terapeuta deve essere capace di sopportare l'incertezza su tempi lunghi senza perderla e contemporaneamente continuare ad esplorare i micromovimenti nella relazione. Nel rapporto individuale con il paziente il terapeuta dovrà essere accogliente e affidabile ma non collusivo. Buon senso ed esperienza aiuteranno a trovare la giusta distanza. Il terapeuta si sintonizzerà con il senso di Sé del paziente, aiutandolo a ricostruirlo a partire dalle sensazioni somatiche semplici, aiutandolo anche, mentre si sgonfiano i sintomi produttivi, a costruire nuovi significati validando insieme con lui nuove ipotesi e possibilità, tentando con ciò di attivare nuove connessioni fra i pensieri e/o fra i pensieri e gli affetti, facendo emergere un *Io osservante*. In questa fase occorre valorizzare i rari momenti di benessere transitorio che il paziente può sperimentare, momenti liberi dall'angoscia, che possono far sentire al paziente che la sua patologia può non essere eterna e che esiste una via di uscita dal claustro persecutorio o depressivo nel quale si è infilato. Sostenendo la speranza e senza negare la disperazione si indica implicitamente un metodo di lavoro.

Diversi anni fa un paziente, in una seduta permeata da angosce paranoidee molto acute, mi confidava, disperando, che venire da me serviva a poco, infatti era solo "un piccolo piacere". Allora mi sembrò una svalutazione, oggi penserei che potrebbe essere un buon inizio. L'alleanza deve essere stabile affinché il paziente possa sentirla nel tempo come una base sicura. Essa deve essere contrassegnata da autenticità. Occorre rimanere in contatto con la verità anche quando il paziente deliri. L'inconscio conosce le bugie anche se la coscienza può esserne soggiogata. Affinché il rapporto funzioni il terapeuta dovrà essere appassionato al suo lavoro e genuinamente interessato al paziente dosando qualità umane e professionali. Il terapeuta non dovrà essere sentito come depositario di un sapere criptico. Egli potrà validare le nuove conoscenze con il paziente mostrando, quando capita, di poter anche sbagliare e correggere l'errore sotto i suoi occhi. La "fallacità" non nascosta del terapeuta aiuterà il paziente ad identificarsi con lui ed anche

con la sua capacità di trarsi d'impaccio senza perdere il contatto con l'autenticità. Identificandosi con il paziente egli potrà anche comprendere la sua necessità storica di ricorrere a difese primitive per mantenere l'equilibrio, riconoscendo, rispettandola, la sua vulnerabilità nelle relazioni interpersonali e tenendola in mente al fine di osservare come si muove nel transfert. Le parti del paziente fuori della mente, ovvero relative alla memoria implicita, si presenteranno, attraverso l'I.P. come *enactment* nella relazione. La relazione trasferale essendo dominata dalle memorie procedurali. Il terapeuta dovrà tenere in mente, più che interpretare in maniera diretta, il transfert del paziente, leggendolo però nella trama complessa dei modelli impliciti di relazione, che il paziente porta con sé. Per questo fine è importante che il clinico abbia effettuato una anamnesi approfondita delle prime relazioni familiari, ovvero che si sia fatta una idea il più possibile accurata, al di là di eventuali traumi, del clima emotivo e dello spazio mentale presente per il bambino nelle prime fasi dello sviluppo.

Se si è costruita una buona intesa col paziente, ad esempio sulla sua vulnerabilità nelle relazioni d'oggetto, sarà più facile che lui accetti di farsi aiutare a capire. Affinchè la cura sia efficace dobbiamo ipotizzare tempi lunghi, anche se non necessariamente lunghissimi. Il processo terapeutico, così come la costituzione del Sé, attraverserà fasi discontinue in cui gli affetti negativi o denegati saranno in primo piano nella relazione e testeranno la *capacità negativa* del terapeuta. In questo caso lo psicoterapeuta può promuovere il cambiamento se, ispirandosi alle madri descritte da Schore e Stern, rimanendo sintonizzato con il suo paziente, continua a mantenere un coinvolgimento positivo, mostrando capacità di tolleranza degli affetti negativi in entrambi.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, A. (1992) *Il compagno vivo*, 1993 Astrolabio.
- Baranger, W. Baranger, M. (1990) *La situazione psicoanalitica come campo biperpersonale*, Cortina.
- Beebe, B Lachmann, F.M. (1988) Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 1998, Vol.15 (4), 480-516.
- Beebe, B Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: a dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39 (3), 379-409
- Bion, W.R. (1961) *Esperienze nei gruppi*, 1971 Armando
- Bion, W.R. (1963) *Gli elementi della psicoanalisi*, 1973 Armando.
- Bion, W.R. (1970) *Attenzione e interpretazione*, 1973 Armando
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975) *L'ideale dell'Io*, 1991 Cortina
- Damasio, A. (1994) *L'errore di Cartesio*. 1995 Adelphi
- Damasio, A. (2010) *Il Sé viene alla mente*. Adelphi
- Emde R. N., (1988) *Gli affetti nello sviluppo del Sé infantile*. In: Ammaniti, M., Dazzi, N., (A cura di) (1990) *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. 1990 Laterza
- Jacobson, E. (1964) *Il Sé e il mondo oggettuale*. 1974 Martinelli
- Joseph, B. (1989) *Equilibrio e cambiamento psichico*, 1991 Cortina
- Edwards, J. (2001) *Being Alive – Building on the work of Anne Alvarez*. Brunner Routledge
- Fonagy, P. Target, M. *Attaccamento e funzione riflessiva*. 2001 Cortina
- Fonagy, P. Target, M. (2003) *Psicopatologia evolutiva*. 2005 Cortina
- Kandel, E (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am Jour Psych*, 155: 457-469
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms, *Int. J. Psycho-anal.* Vol. XXVII
- Laufer, M. Laufer, E. (1984) *Adolescenza e breakdown evolutivo*. 1986 Bollati Boringhieri
- Mitchell, S. A. (2000) *Il mondo relazionale*. 2002 Cortina
- Muscetta, S. I sistemi motivazionali in adolescenza con particolare riferimento all'attaccamento, *Adolescenza*, Vol 3,3,1992
- Rosenfeld, H. (1987) *Comunicazione e Interpretazione*. 1989 Bollati Boringhieri
- Schore, A.N. (2003) *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. 2008 Astrolabio

Schore, A.N. (2003) *I disturbi del Sé*. 2010 Astrolabio

Sistopaoli, P. Narcisismo libidico e narcisismo distruttivo nelle psicoterapie psicoanalitiche istituzionali in *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale* Vol 15, n.1 1977

Sistopaoli, P. (2000) The Self as a gang/Il Sé come banda. Relazione al Congresso Tavistock "Il metodo psicoanalitico" (Firenze 17-20 Febbraio 2000) www.Echotronic.com

Sistopaoli, P. Rappresentazioni oniriche nei disturbi gravi di personalità in adolescenza in: A. Balbi, G. Lago, P. Petrini (a cura di) *Sonno, sogno e psicopatologia*. 2004 Universo

Steiner, J. (1987) The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *Int. J. Psycho-anal.*

Stern, D (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. 1987, Bollati Boringhieri

Stern, D. (2010) *Le forme vitali*. 2011 Cortina

Trevarthen, C. (1977) Descriptive analysis of infant communicative behaviour in: Shaffer, H.R. (Ed.) *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press

Trevarthen, C. (1979) Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity in: M. Bullowa (Ed.), *Before Speech*. Cambridge University Press

Tronick, E.Z. (2001) Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change, *Infant Mental Health Journal*, 19, pp.290-299.

Tustin, F. (1984) Autistic Shapes, *International Review of Psycho-Analysis*, 11: 279-290

PAURA DEI SOGNI

Luigi Antonello Armando¹

Riassunto: Il testo riproduce un seminario tenuto per gli allievi psicoterapeuti dell'IRPPI nell'ottobre del 2014. Esso affronta il problema della paura che essi possono avvertire all'inizio della loro pratica quando un paziente racconta loro un sogno perché si sentono incapaci di affrontarlo. Il testo espone le radici psicodinamiche, storiche e culturali di questa paura e di questo senso di incapacità e fornisce alcune indicazioni relative al percorso formativo che è necessario seguire per superarle.

Summary: This text reproduces a seminar which the author held for the students of IRPPI on October 2014. It deals with the fear that they can have at the beginning of their practice when a patient presents a dream to them because they feel unable to face it. The text examines the psychodynamic, historical and cultural roots of that fear and of their feeling of inability. Furthermore, it offers to the students some indications regarding the formative path which is necessary to pursue in order to overcome that feeling.

1. Quando sono stato invitato da Giuseppe Lago a tenere per voi un seminario sui sogni, ho pensato di parlarvi della paura dei sogni.

Non però della paura nei sogni, o dei sogni che fanno paura, o della paura che ciascuno può avere dei propri sogni, di quelli brutti e di quelli belli. Bensì di quella specifica paura che coglie chi inizia a svolgere la professione di psicoterapeuta allorché incontra i sogni dei pazienti.

Parlandovi di questa paura mi propongo in primo luogo di aiutarvi a riconoscerla e a non nascondervela insieme alla vergogna che induce; e in secondo luogo di fornirvi alcune indicazioni di tecnica delle quali possiate avvalervi, se non a superarla nell'immediato, a pensare che potrete farlo.

¹ Prof. Luigi Antonello Armando, psicoterapeuta, www.antonelloarmando.it