

## Riflessioni sul processo terapeutico in psicoterapia analitica *Lalli N, 1992*

Presente in: N. Lalli, G. Cavaggioni, P. Fiori Nastro (a cura di), *Il processo terapeutico in psicoterapia*, EUR, Roma 1994

© 1994 EUR  
© 2002 su web

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Per maggiore chiarezza ritengo opportuno inserire le mie considerazioni relative al processo terapeutico, nella cornice più ampia di come fattori culturali e sociali possono inquinare profondamente la prassi psicoterapeutica e la conseguente possibilità di una ricerca scientifica metodologicamente fondata e corretta.

Paradigmatica è la seguente affermazione che non sembra essere pensiero di un singolo autore, ma idea generalizzata e condivisa: “La psicoterapia di per sé non implica una determinata teoria scientifica, falsificabile, provata, verificata, testata; *essa è una pratica sociale che produce effetti personali e collettivi diffusi ed interessante*”. “La consulenza spirituale detta oggi ‘psicoterapia’ sostituisce (anche per molti credenti) la consulenza etica di un tempo. ... Comunque la psicoterapia, copre uno spazio etico di cura delle anime, di pastorato spirituale, lasciato vacante dalla sdivinizzazione e secolarizzazione della vita moderna”. (Benvenuto S.). (AA.VV. “Metamorfosi della psicoterapia”. Dossier di Mondo Operaio, agosto-settembre 1992.)

Queste affermazioni propongono come verità una situazione esistente, ma molto criticabile, che ha cause ben precise che variamente interagenti si potenziano. Vorrei sottolinearne almeno tre:

- a) la demedicalizzazione della psicoterapia;
- b) la richiesta incongrua da parte di un’utenza sempre più estesa di guarigione più che di cura;
- c) l’emergenza di nuove figure professionali.

a) La demedicalizzazione della psicoterapia è direttamente collegata a quella precedente riguardante la psichiatria. Ma se la demedicalizzazione della psichiatria, a suo tempo, era giustificata perché consisteva nella messa in crisi del ruolo medico e della totale delega a questi da parte del paziente, oggi è un cavallo di Troia, utilizzata solo per negare qualsiasi base scientifica alla psicoterapia e dimostrare quindi la completa inutilità di ogni ricerca.

Credo che le teorie ermeneutiche o narratologiche della più recente psicoanalisi, ne costituiscano un esempio vistoso.

La tendenza ermeneutica con la pretesa che unico compito dello psicoterapeuta sia quello di dare un senso al racconto del paziente, elimina ogni ricerca sulle cause del disturbo psichico e quindi ogni possibilità di una terapia eziologica lasciando come unica soluzione quella del tutto è possibile. Ed il tutto è possibile comporta anche inevitabilmente la totale caduta di ogni forma di metapsicologia.

b) La richiesta di guarigione anziché di cura è sicuramente il derivato di una cultura di massa consumistica di fine millennio, che teme catastrofi ed allo stesso tempo vagheggia aspettative salvifiche. Ma anche del fatto che risposte banali e scorrette, tendono a potenziare la incongruità della domanda.

Si negano così le possibilità evolutive del rapporto e si apre alla delega dell’assenza che unita alla scissione tra il prendersi cura ed il curare con una negazione della seconda ed una ipertrofia della prima, struttura la dinamica tipica della dimensione assistenziale e/o religiosa. (Bartocci G., Lalli N. 1991).

c) L'emergenza di nuove figure professionali è sicuramente legata ai due parametri precedenti. Comunque mai si comprende, per quanto riguarda la formazione degli psicologi, perché non si pretenda che queste figure approfondiscano la metodologia medica o perlomeno clinica, anziché favorirne la totale astrazione. Per quanto riguarda gli istituti privati non sorprende che la scomparsa dell'attività terapeutica è stata sostituita da una esclusiva attività didattica. Che questa poi rappresenti una negazione della terapia ed un puro gioco di potere è stato ampiamente dimostrato (come già era stato ampiamente denunciato fin dal 1974 con "Il potere della Psicoanalisi") dagli ultimi avvenimenti in seno all'Istituto di Psicoanalisi di Roma.

Questi tre fattori che comportano sicuramente un degrado della prassi psicoterapica e del dibattito sulla psicoterapia, sono situazioni che seppur leggibili e comprensibili in sede teorica, richiedono un intervento di tipo politico-culturale, più che strettamente teorico. Pertanto ritengo che in questa sede sia più utile soffermarsi su alcune problematiche teoriche connesse con la possibilità e di cogliere alcuni aspetti fondanti il processo psicoterapeutico e di sottolineare la possibilità, e direi a volte la necessità, di integrare modelli diversi. Ovverosia sottolineare la possibilità che eventi descritti in un modello teorico possono trovare conferma in altri modelli: operazione che se compiuta correttamente e soprattutto confermata dalla clinica, rappresenta la possibilità di successive evoluzioni della teoria e della prassi psicoterapica in generale.

### **Considerazioni sul processo terapeutico**

Il processo psicoterapeutico si svolge attraverso una serie di *fasi* e si basa su due azioni fondamentali: il prendersi cura ed il curare. Queste due attività sono indispensabili ed inscindibili, almeno fin quando il processo è strettamente terapeutico. Possiamo infatti ipotizzare che ad un certo punto, il processo da strettamente terapeutico trapassi in una fase di ricerca che presenta caratteristiche diverse. Può ritenersi che il momento di passaggio, che non è sempre facilmente demarcabile, si evidenzia con il superamento dell'ambivalenza e quindi con la risoluzione delle dinamiche connesse al transfert negativo. Spesso, ma non sempre, questo momento può coincidere con la fine della terapia.

Prima di passare ad esporre il processo terapeutico, vorrei soffermarmi brevemente su di un problema che in genere è poco considerato e che corrisponde alle motivazioni della scelta sia da parte del terapeuta che del paziente.

Cioè quali sono le motivazioni che spingono un paziente a scegliere un determinato psicoterapeuta, e quali quelle che inducono quest'ultimo a scegliere un determinato paziente. Ma è evidente che questa risposta è possibile solo se il terapeuta è consapevole di quali sono i parametri che egli utilizza per ritenere valida ed accettabile una richiesta di psicoterapia.

Il criterio principale, cioè quello di avere tempo o meno, è spesso una razionalizzazione: in effetti i parametri possono essere diversi. Dobbiamo ritenere che ogni psicoterapeuta abbia preferenze o attitudini che costituiscono le sue possibilità ed i suoi limiti e che io definisco lo stile del terapeuta (stile che può mutare nel tempo) e che corrisponde a tratti caratteriali e sue scelte di fondo.

Questo stile che può a volte estrinsecarsi semplicemente come scelta (o rifiuto) di alcune particolari patologie, ha in genere radici e motivazioni più ampie e complesse.

Personalmente tendo a rifiutare persone che chiedono una psicoterapia non per sé, ma per mantenere il loro precario equilibrio a spese degli altri (sindrome della zecca), o per deresponsabilizzarsi, o per fare una esperienza intellettuale o per utilizzare il concetto di inconscio come spiegazione artificiosa di tutto.

Ma se i rifiuti sono in genere facilmente evidenziabili, le scelte sono spesso determinate da motivi

più complessi che potremmo definire genericamente di empatia e che si chiariranno solo nel corso della terapia.

Il problema delle motivazioni del terapeuta nella scelta del paziente da seguire, è di particolare importanza in un servizio pubblico ove non sempre è possibile il rifiuto drastico. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di attivare istituzioni polifunzionali, cioè con servizi diversi e diversificati, ove le richieste del paziente possano trovare risposte più articolate ed adeguate. Questo non per introdurre una logica assistenzialistica, ma solo per sostenere il principio teorico che non tutti, perlomeno al momento della richiesta, possono essere in grado di fare una psicoterapia. Ma soprattutto che per alcuni pazienti il rifiuto drastico non accompagnato da una diversa indicazione, non è compreso, ma vissuto solo come rifiuto sadico ed indifferente, e non possiede alcuna valenza terapeutica.

## **Il processo terapeutico**

Ho già detto in precedenza che i momenti essenziali di un processo terapeutico sono il prendersi cura ed il curare. Potremmo dire in maniera più precisa: l'empatia e l'interpretazione. Che l'empatia occupi un ruolo centrale nel processo analitico è stato riconosciuto da numerosi autori come Kohut, Schaeter (1959); Beres e Adow (1974); Friedman (1978); Emde (1980), ecc.

Ma cos'è l'empatia? Ed è utilizzabile nel contesto della psicoterapia?

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

Ma perché questo si verifichi è necessario che ci sia *non solo un clima di intimità (ovverosia un'atmosfera di coinvolgimento, fiducia e disponibilità emotiva) ma anche condizioni che rendano possibili nuovi scambi ed esplorazioni*. "A questo livello una madre può essere molto vicina affettivamente al proprio bambino e molto partecipe, ma nello stesso tempo ella deve predisporre per lui il tipo di ambiente necessario perché egli si senta sicuro e spinto verso un più elevato livello di sviluppo, in modo sufficiente e non eccessivo" (Emde R.) Un concetto analogo era stato affermato da Vygotsky L.S. già nel 1934. Credo opportuno sottolineare che l'empatia non va confusa con il banale, quanto pericoloso, *maternage*. Pericolosità che si evidenzia soprattutto con i pazienti che presentano intensi bisogni simbiotici e fusionali dovuti ad una dinamica di vuoto interno, che stimolano il bisogno di essere riempiti e l'angoscia di essere derubati.

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

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

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

Questa dinamica rapporto-separazione permette il processo di *integrazione*, ovverosia l'uso del passato nel presente, per l'orientamento verso il futuro.

## L'empatia nel processo terapeutico

Abbiamo sottolineato, molto sinteticamente, alcune considerazioni della psicologia evolutiva circa il concetto e la funzione dell'empatia: cosa che ci permette di definire in modo più chiaro tale concetto nel corso del processo terapeutico.

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

Corrisponde a sviluppare nel paziente ciò che Erikson nel 1950 definiva 'fiducia di base'.

“Possiamo dire che la disponibilità emotiva del terapeuta implica non solo tolleranza, ma un incoraggiamento a sperimentare l'incertezza ed un certo grado di ansia, come una esperienza interattiva condivisa allo scopo di incoraggiare l'esplorazione e la possibilità di nuovi orientamenti” (Emde R. 1990).

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

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

Ciò si verifica per esempio se la madre che è molto impegnata in qualcosa come leggere, preparare il cibo, rispondere al telefono, segnala la propria indisponibilità al bambino con cenni espressivi o con la direzione dello sguardo. Se la relazione è positiva il bambino comprende questi segnali e continua la sua esplorazione con il gioco o con altre attività.

È come se la madre dicesse: “Sarò disponibile tra poco”, oppure “sarò disponibile se veramente hai bisogno di me”. Noi consideriamo questo atteggiamento non come *indisponibilità emotiva*, ma come un differente livello di disponibilità emozionale” (Emde R, 1990).

È quello che Winnicott descriveva nel 1958 come “essere solo in presenza dell'altro” corrispondente a momenti ove il paziente rivive importanti esperienze affettive ed emotive, ed ove il silenzio del terapeuta, diventa una presenza silenziosa, ma rassicurante. Ben diverso dal terapeuta silenzioso per principio e da quello logorroico per problemi personali: in ambedue i casi pur se c'è una notevole differenza, poiché uno gestisce l'assenza, l'altro l'intrusività, l'effetto negativo sulla terapia è pressoché uguale.

*Nell'ambito del lavoro psicoterapico l'empatia può essere definita come la disponibilità emotiva e l'interesse per il paziente e per quanto egli produce, unita ad una capacità di promuovere l'esplorazione e la crescita.*

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

Già Reik T. nel 1936 sottolineava che la capacità del terapeuta di sperimentare una emozione piacevole di fronte alla sorpresa è fondamentale per motivare l'esplorazione e la scoperta dell'inatteso. *Schaefer fa notare che curiosamente gli affetti positivi vengono raramente riconosciuti come fattori importanti del processo terapeutico, mentre si tende a sottolineare esclusivamente gli aspetti negativi del transfert e le resistenze.*

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

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

"La comunicazione empatica, può essere vista come un atto creativo all'interno della relazione terapeutica; essa condensa una molteplicità di significati, implica un esercizio di tatto ... essa significa anche un incoraggiamento ad esprimere affetto. (Emde R.). È quanto ho sostenuto a proposito di alcune analogie tra il processo psicoterapico e lo sciamanismo. (Lalli N. 1990).

È evidente che tutto questo richiede da parte del terapeuta una estrema sensibilità di regolazione affettiva. Greenson R.R. sostiene che il terapeuta deve essere in grado sia di sentirsi coinvolto sia di mantenersi distaccato. L'Autore segnala il rischio sia di una inibizione dell'empatia (timore di essere coinvolto), sia un eccessivo coinvolgimento che rischia di essere incontrollato, portando a quello che io ho definito come controidentificazione proiettiva del terapeuta. Ovverosia il terapeuta agisce specularmente le dinamiche inconse del paziente, anziché capirle ed interpretarle (Lalli N.1990). Ma forse la definizione più esatta di empatia è quella data da Beres D. ed Arlow J.A. (1974) "... una misura della capacità empatica dell'analista consiste nel venire stimolato dalla fantasia inconscia del paziente, quando ancora l'analista non è consapevole né dell'esistenza né della natura della fantasia inconscia del paziente". A questo punto sorge spontanea la domanda se dobbiamo considerare l'empatia come una particolare modalità di investimento libidico, o se invece essa debba essere considerata come una dimensione particolare e diversa.

Cioè se l'empatia è una fenomenologia diversa dall'istinto libidico oppure una diversa dimensione: io credo che sia semplicemente un porre maggiore attenzione su alcune specificità dell'investimento libidico.

## **Il curare**

Sicuramente uno degli scopi fondamentali del processo terapeutico non è quello di far ricordare il passato, "... ma quello di realizzare un affrancamento dalla ripetizione di dolorosi processi autodistruttivi del passato, mediante la risoluzione di conflitti" (Emde R.). Questo porta ad un processo di integrazione tra presente e passato, superando quindi i processi di scissione e di rimozione. Erikson E.H. nel 1950 affermava che scopo di una psicoterapia è quello di aiutare il paziente a costruire la propria biografia.

Beres D. ed Arlow J.A. ritengono che obiettivo del lavoro analitico è quello di rendere il paziente capace di sviluppare una empatia per il proprio passato ed acquisire così un senso di integrazione e di continuità.

Credo che si possa essere d'accordo su questa affermazione, ma il problema che si pone è come avviene questa integrazione, che rapporto c'è tra il ricordo e le figure reali del passato e soprattutto cosa avviene. È una trasformazione del ricordo o è una dinamica nuova che sostituisce una dinamica del passato? E soprattutto quale è lo strumento operativo specifico che porta all'integrazione?

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

Molti autori segnalano che l'interpretazione stimola un più elevato livello di integrazione. Credo

che si possa condividere quanto afferma Loewald H. “L’analisi viene compresa come un intervento orientato a mettere in moto lo sviluppo dell’io... non semplicemente attraverso le capacità tecniche dell’analista, ma attraverso il fatto che il paziente si rende disponibile per lo sviluppo di una nuova “relazione oggettuale”. In accordo con questa affermazione Emde R. sostiene che: “Determinate strutture motivazionali, precocemente presenti, risultano caratterizzate da una forte predisposizione biologica, necessaria per lo sviluppo, e persistono nel corso di tutta la vita. Sviluppandosi nel contesto specifico della relazione tra il bambino e chi lo accudisce, queste strutture possono essere considerate come modalità fondamentali di sviluppo. In quanto tali, esse possono essere utilizzate per mezzo dell’empatia, così da costituire l’elemento costitutivo dell’azione terapeutica con gli adulti. Queste spinte motivazionali di base consistono in esplorazione, autoregolazione, adattamento sociale, controllo affettivo.

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

“Un sistema nevrotico, chiuso nel corso dell’originario sviluppo, può riaprirsi e i processi evolutivi possono essere riattivati nel corso di una psicoanalisi” (Emde R.). Questo processo avviene mediante non solo la funzione empatica, ma anche attraverso la coesione di una nuova struttura di significato ove l’analista si trova come “base di sicurezza” (Sandier J. 1960) o come “faro di orientamento” (Mahler M. 1975) che corrispondono alla “fase di rispecchiamento” di Kohut H.. All’interno di questa situazione si verificano tre *riesperimentazioni*. “Vi sono *modi* primitivi di relazione che saranno riesperimentati; vi sono originari conflitti nella relazione che saranno riesperimentati; e vi sono primitive *immagini e atteggiamenti parentali* incorporati che saranno riesperimentati come parte dei Sé. In altre parole, il paziente può giungere a riesperimentare un primitivo nucleo infantile dei Sé, vedendosi così come veniva visto allora. Egli interpreterà in modo distorto questa esperienza del transfert, come applicabile al paziente. La disponibilità dell’analista aiuterà il paziente a liberarsi dalle distorsioni di transfert e a vedersi così come viene visto ora ... Pertanto la relazione terapeutica mette a disposizione le condizioni ambientali e materiali perché questi fondamentali modi di sviluppo, siano riattivati” (Emde R.).

Mi sembra che si possano trarre da queste osservazioni, due conclusioni importanti.

La prima è la maggiore importanza data agli aspetti positivi e propositivi del rapporto: l’esplorazione e la condivisione in un clima empatico vengono valorizzate rispetto al conflitto.

La seconda è che l’empatia e le modalità di sviluppo non sono astratte categorie, ma modalità rintracciabili nello sviluppo e biologicamente fondate e che quindi “... i processi di disponibilità empatica non sono al di fuori del campo delle scienze naturali” (Emde R.).

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

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

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

tra realtà del passato e ricordo del presente.

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

Il riferimento al passato, il riportare dinamiche di transfert a situazioni del passato deve essere considerato come un "parametro" nella terminologia di Eissler, ovverosia un artificio tecnico che può essere utilizzato in quei particolari momenti ove l'emergenza e/o l'urgenza di dinamiche transferali, può rendere opportuno, per una successiva più globale comprensione, un riportare il presente al passato.

*Ma è un contenimento, non una trasformazione.*

Se volessimo sintetizzare al massimo potremmo dire che l'intero processo terapeutico si articola su quattro basi.

Da una parte l'empatia e la presenza-continuità del terapeuta che fonda la stabilità; dall'altra l'interpretazione e le separazioni che fondano il *cambiamento* (Lalli N. 1990).

## **L'interpretazione**

L'interpretazione come dicevo è lo strumento mutativo fondamentale. Ma perché possa essere efficace ha bisogno di tre fattori:

- a) Di un clima empatico che permetta al paziente di vivere le sue emozioni e conflittualità in una base di sicurezza, e permetta al terapeuta di presentire le dinamiche inconsce del paziente.
- b) Del concetto d'integrazione, che ci permetta di comprendere quale è il momento evolutivo del paziente e quali sono i suoi blocchi.
- c) Di una teoria, di una metapsicologia, che ci permetta di comprendere le fondamentali dinamiche umane.

Bisogna tener presente che il lavoro interpretativo per lunghi periodi di tempo può avvenire in un clima di non condivisione tra paziente e terapeuta. E questo non solo e non tanto per dinamiche d'invidia, ma anche perché l'interpretazione viene vissuta come intrusiva ed estranea, come qualcosa che tende a cambiare l'assetto interno del paziente. A volte l'interpretazione viene vissuta come ferita narcisistica:

"come è possibile che il terapeuta, ovverosia un altro, sappia di me più di quanto io stesso sappia" pensa o dice il paziente.

E quelle che Strachey chiama *interpretazioni mutative* avvengono solo al termine di un percorso, più o meno lungo, alla fine del quale si stabilisce una condivisione di senso tra terapeuta e paziente. Ma questa condivisione di senso non è un fatto intellettuale, bensì la capacità da parte del paziente di integrare sue parti del passato e di entrare in sintonia con l'altro.

*Non cambia il ricordo, ma la modalità relazionale e contemporaneamente l'assetto interno complessivo del paziente.*

*In psicoterapia noi ci troviamo spesso ad affrontare due dinamiche patologiche, che spesso sono strettamente correlate: l'annullamento del rapporto con esito in indifferenza, e la dinamica che si esplicita nel richiedere, nel presente, ciò che nel lontano passato non si è ottenuto, strutturando un transfert pressante e sordo ad ogni possibilità interpretativa.*

Vorrei soffermarmi brevemente a descrivere queste due situazioni, per sottolineare come si attua il processo trasformativo.

Ma prima di passare alla trasformazione vorrei riportare due liriche di Hölderlin F., come testimonianza di una dinamica di annullamento che non ha avuto possibilità trasformativa. La prima si

intitola “Ricordo”; fu composta subito dopo il soggiorno in Francia che rappresentò per il poeta l’estremo tentativo di mantenere la possibilità di un rapporto, almeno come immagine interna.

“...il mare dona e toglie il ricordo  
l’amore fissa i suoi occhi fedeli.  
Ma il poeta fonda ciò che resta”.

Poco tempo dopo, nel 1803 scrive Mnemosyne (seconda stesura)

“... noi siamo un segno non significante  
*indolore*, quasi abbiamo perduto nell’esilio il linguaggio”.

Dopo il 1803 Hölderlin F. si chiuse nel silenzio: ossequioso ed indifferente trapassò nel personaggio di Scardanelli, Scardanelli che non rappresenta una “maschera o un alter-ego” ma la scomparsa di ogni legame, di ogni immagine interna, che conduce verso l’inesistenza di sé.

Il più grande lirico, l’artefice di un nuovo linguaggio poetico, trapassò così nella più completa insignificanza del linguaggio e nella sacralità del non-essere.

Una delle sue ultime frasi è: “la mia opera procede da Dio”.

### **Caso clinico**

G.B. 32 anni. Emerge abbastanza rapidamente un avvenimento significativo avvenuto all’età di 9 anni. Il padre per dissapori con la moglie, andò via di casa. Il paziente non ricorda molto di quel periodo: ricorda solo un senso di euforia e di libertà. Egli sostiene di aver visto successivamente il padre abbastanza di rado.

Nel rapporto analitico emerge una dinamica molto precisa. Dopo una precoce idealizzazione, inizia una fase di svalutazione e negazione del terapeuta. A volte il paziente, soprattutto quando c’è un coinvolgimento maggiore nel rapporto, mostra un sorriso che egli stesso ammette “essere nervoso e beffardo”.

Dopo un periodo di circa un anno, porta due sogni “Due fratelli litigano, uno uccide il padre” “La moglie parla con un uomo: lui prima prova rabbia, poi dice *chi se ne frega*”.

Collegato a questo sogno riferisce che molti anni prima la moglie, allora fidanzata, gli aveva confidato di essersi innamorata del medico curante. Lui si recò da questo medico per chiedere spiegazioni: ma ebbe la netta sensazione, nonostante le rassicurazioni, che questi avesse un atteggiamento beffardo.

Interpreto che quando il padre andò via egli deluso, lo uccise, nel senso di farlo sparire, e poi si sentì libero ed euforico: il sorriso beffardo, la successiva deludente ricerca di sostituti paterni lo ha portato a stabilire un forte legame di dipendenza-simbiosi con le figure femminili che regolarmente svaluta e nega. È lui che ha ucciso il padre giustificando questo gesto come un litigio tra fratelli (il paziente ha un problema di competizione con il fratello, ma di cui è ben consapevole!)

Alla fine della seduta il paziente esclama: “È molto strano, ma per la prima volta provo una grande rabbia nei confronti di mio padre”.

Questa comparsa di un affetto, la rabbia, nei confronti del padre, stimolata da una interpretazione ben precisa, è un primo passo trasformativo. Per alcune settimane si lavora sui rapporti e sulla sua rabbia nei confronti di persone del suo presente.

Poi arriva piuttosto agitato: teme di tornare indietro, è angosciato di rimanere da solo, di non avere più successo nel lavoro.

Interpreto che il confrontarsi con la rabbia l’ha portato a rivivere quella fase del passato, quando trasformò la delusione-rabbia nei confronti del padre, in una fantasia di sparizione contro questi, con un conseguente vissuto di indifferenza. Ora non conoscendo altra strada di trasformazione della rabbia, sente che può solo tornare indietro, verso l’annullamento.



Rimane silenzioso per un poco (cosa mai successa prima, perché il silenzio lo rendeva ansioso) e poi ride. È un ridere completamente diverso da quelli precedenti e dice: “Ho capito perché prima non riuscivo ad accettare il silenzio: pensavo che se io non parlavo, lei non lavorava, ed io pagavo per niente”.

Sembra evidente che questo passaggio segnala una ulteriore trasformazione: da una dinamica svalutativa e persecutoria (essere derubato), ad una dinamica di comprensione e di empatia: il sorridere. Nel tempo non solo il ricordo, ma soprattutto i comportamenti attuali dei padre, confermano che la delusione del paziente era dovuta ad una reale assenza psichica del genitore. Ma nonostante questo, il paziente non vive più verso questa figura un atteggiamento rabbioso, ma semplicemente comprensivo che gli permette di vivere il rapporto con il proprio figlio in modo naturale e non più reattivo.

In questo periodo si instaura un parziale processo d'identificazione con il terapeuta, sulla base di un legame ambivalente che ritengo necessario ed inevitabile, anche se dovrà essere superato per il raggiungimento di una sua specifica identità.

Se cerchiamo di analizzare il processo di trasformazione penso che soprattutto possiamo enucleare tre fattori che hanno permesso, nella loro continua interazione, la trasformazione.

a) L'empatia che ha permesso al terapeuta sia di intuire le dinamiche inconsce del paziente, sia di mantenere quel clima di sicurezza che ha reso possibile al paziente l'emergenza di vecchie dinamiche con il ricordo ed il rivivere manifestamente un'antica rabbia, sempre rimossa. Se pensiamo che la rabbia eccessiva ha indotto nel passato ad una fantasia di sparizione contro la figura paterna, è evidente che il paziente poteva vivere ed elaborare questo affetto così devastante solo all'interno di un clima rassicurante e che questa dinamica si svolgesse con gradualità: ovverosia in modo sufficiente e non eccessivo.

b) L'integrazione come processo di superamento delle scissioni e delle rimozioni e come possibilità di ricostruire, anche se con nuovi vissuti relazionali, il proprio passato in ordine al presente ed al futuro. Come dicevo questo processo d'integrazione avviene spesso mediante parziali identificazioni con il terapeuta. Ovverosia il terapeuta può assumere momentaneamente un ruolo sostitutivo come immagine interna del paziente. È evidente che in molti casi questa fase non è obbligatoria, ma dobbiamo tener presente che l'identificazione può avvenire in alcune delicate fasi di passaggio quando il paziente ha bisogno di una stabilità per poter proseguire il suo processo di trasformazione.

c) L'interpretazione. Certamente è uno strumento fondamentale che ha però bisogno di una teoria coerente (è evidente che il contributo di Fagioli sulle modalità della fantasia di sparizione ha reso possibile una interpretazione specifica e mutativa). Ma l'interpretazione per emergere ha bisogno di una situazione di empatia come processo continuo di rapporto.

E siamo così giunti al problema finale: cioè come e quando termina la terapia. Non mi soffermerò su questo problema, ma vorrei sottolineare solo due cose.

La prima è che non sempre raggiungiamo la fine ed il fine della terapia in modo ottimale: ovverosia con la risoluzione dei conflitti, con il possesso da parte del paziente di un metodo che gli permetta di affrontare nuove situazioni da solo, e con una sua specifica identità.

Comunque un elemento fenomenologico utile per comprendere l'evoluzione e la maturità del paziente e quindi indirettamente avere criteri per terminare la terapia, può essere dato oltre che dalla complessiva modalità relazionale, anche dal modo con il quale il paziente affronta le separazioni (Lalli N. 1990). Ma accanto alla fine, dobbiamo considerare altre due situazioni.

L'*interruzione* che si ha quando c'è una totale assuefazione al processo analitico, tale che il

paziente mantiene il rapporto solo come bisogno di sicurezza e tentativo di immobilità. La sospensione che può invece essere, ma con molta cautela, utilizzata in casi di empassé altrimenti irrisolvibili. Questo accade soprattutto quando il paziente in maniera onnipotente, vive un controllo sul terapeuta attraverso una sua particolare modalità di negazione e di un vissuto per cui il terapeuta sarebbe incoerente. Incoerente ed impotente, viene fantasticando il paziente, perché nonostante le interpretazioni e le frustrazioni, l'analista continua a rimanere lì "a mia disposizione".

In questo caso l'unica possibilità rimane quella di proporre al paziente una sospensione, con una eventualità quindi di riprendere la terapia nel futuro. In questo caso non si tratta di una situazione di acting-out del terapeuta, ma di una interpretazione agita.

## Bibliografia

- 1) **Arlow J.A., Brenner C.H.** (1964): *La struttura della psiche nella concezione psicoanalitica*; Boringhieri, Torino, 1978.
- 2) **Bartocci G., Lalli N.**: *Psicoterapia e cultura: L'esperienza italiana, Relazione Simposio di Psichiatria Transculturale*, Budapest, 1991 in Rivista Europea di Psichiatria, vol. 4, n. 2, 1992.
- 3) **Basch M.F.** (1983): *Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations*, J. Am. Psychoanal. Assn., 31: 101-126.
- 4) **Benedek T.**: *Adaptation to Reality in Early Infancy. Psychoanalytic Investigations*. New York, Quadrangle, 1973.
- 5) **Beres D. e Arlow J.A.** (1974): *Fantasy and identification in empathy*, Psychoanal. Q., 43:26-50.
- 6) **Blum H.P.** (1979): *The curative and creative aspects of insight*, J. Amer. Psychoanal. Assn, 27 (Sup.), 41-69.
- 7) **Enide R. N.** (1981): *Changing models of infancy and the nature of early development., remodelling the foundation*, J. Amer. Psychoanal. Assn, 29: 179-219.
- 8) **Emde R.N.** (1988): *Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy*. Int. J. Psychoanal., 69: 23-42.
- 9) **Emde R.N.** (1990): *Mobilizing fundamental modes of development: empathic availability and therapeutic action*; J. Amer. Psychoanal. Assn. 38: n. 4, pp. 881 - 913.
- 10) **Erikson E.H.** (1966): *Infanzia e società* A. Armando, Roma 1966.
- 11) **Fagioli M.**: *Istinto di morte e conoscenza*, Nuove Edizioni Romane, 1972, 7<sup>a</sup> Ediz.1991.
- 12) **Friedman L.** (1978): *Trends in the psychoanalytic theory of treatment*; Psychoanal. Q., 47:524-567.
- 13) **Gitelson M.** (1962): *The curative factors in psycho-analysis. I the first phase of psychoanalysis*; Int. J. Psychoanal., 43: 194-204.
- 14) **Greenberg J.R., Mitchell S.A.** (1983): *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*; Il Mulino, Bologna 1986.
- 15) **Greenson R.R.** (1960): *Empathy and its vicissitudes*; Int. J. Psychoanal., 41:418-424.
- 16) **Greenson R.R.** (1972): *Tecnica e pratica Psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1974.
- 17) **Klennert M.D., Campos J., Sorce J.F., Emde R.N. e Svejda M.J.**: *Social referencing: emotional expressions as behavior regulators*; In: Emotion: Theory research and Experience. vol. 2: Emotions in Early Development (ed. R. Plutchik & H. Kellerman). Orlando, Fla., Academic Press, 1983, pp. 57-86.
- 18) **Kohut H.** (1985): *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio, Roma, 1986.
- 19) **Kohut H.** (1977): *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino, 1980.
- 20) **Lalli N.**: *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia* (con particolare riferimento ai capitoli: 'La

relazione terapeutica', 'Il disturbo Psicosomatico', 'La Psicoterapia analitica'), Liguori, Napoli, 1991.

- 21) **Loewald H.W.** (1960): *On the therapeutic action of psycho-analysis*. Int. J. Psychoanal., 41: 16-33.
- 22) **Loewald H. W.**: *Reflections on the psychoanalytic process and the therapeutic potential*; In: *Papers on Psychoanalysis*. new Haven, Yale Univ. Press, 1980, pp. 372-383.
- 23) **Reik T.**: *Surprise and the Psychoanalyst*. London, Kegan Paul, 1936.
  
- 24) **Rothenberg A.**: *The creative Process of Psychotherapy*. New York, Norton, 1987.
- 25) **Sandler J.**: *La ricerca in psicoanalisi*, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1981.
- 26) **Schafer R.** (1968): *Aspetti dell'interiorizzazione*, A. Armando, Roma, 1972.
- 27) **Schafer R.** (1983): *L'atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- 28) **Shapiro T.** (1981): *Empathy: a critical reevaluation*. *Psychoana., Inq.*, 1: 423-448.
- 29) **Sorce J.F.**, Emde R.N., Campos J. e Klinnert M.D. (1985): *Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of one-yearolds*, *Develop. Psychol.*, 21:337-341.
- 30) **Storolow R.D., Atwood G. e Lachmann F.** (i 981): *Transference and countertransference in the analysis of developmental arrests*; *Bull. Menninger Clin.*, 45:20-28.
- 31) **Vygotsky L.S.** (1934): *Thought and Language*. Cambridge, Mass., M.I.T., Press 1962.
- 32) **Winnicott D.W.** (1 971) *Gioco e realtà*; A. Armando, Roma 1974.

## **DIBATTITO**

Dal dibattito emergono temi diversi e qualificanti, sui quali si è a lungo discusso, non sempre raggiungendo un punto di intesa. Segnalo i più significativi, riportando integralmente alcuni brani del dibattito quando l'importanza del tema e la chiarezza lo richiedono.

### **1)Lo stile del terapeuta**

Il relatore sostiene che motivazioni di ordine empatico o comunque controtransferale possono indurre il terapeuta a scegliere alcuni pazienti e rifiutarne altri.

Questa modalità di privilegiare alcune situazioni psicopatologiche o modalità comportamentali e rifiutarne altre, costituisce lo stile del terapeuta: l'importante è essere consapevoli di questi limiti, evitando inutili nazionalizzazioni. Il dr. M. Fagioli ritiene non sostenibile deontologicamente questa posizione: il medico deve curare tutti e lo stesso dovrebbe fare lo psicoterapeuta.

Il relatore pur d'accordo sul piano teorico, ritiene che esista una sostanziale differenza sul piano operativo. Mentre il rapporto medico-paziente può esaurirsi nell'arco di un breve intervento, quello psicoterapico può impegnare i due partners per un tempo molto lungo ed in una situazione emotiva molto intensa. Quindi è necessario che lo psicoterapeuta sia consapevole dei suoi limiti, ed in grado di percepire fin dall'inizio eventuali movimenti controtransferali eccessivi (sia in positivo che in negativo) che potrebbero incidere, alla fine, negativamente sul processo terapeutico.

### **2)Il transfert negativo**

C'è un sostanziale accordo che l'aspetto realmente trasformativo di una psicoterapia consiste nel saper affrontare e risolvere il transfert negativo.

Proprio in questa ottica, il relatore ripropone l'importanza dell'empatia, intesa come capacità di creare quello spazio di sicurezza ove il paziente possa far emergere senza paura e gradualmente, le proprie dinamiche negative o ostili nei confronti del terapeuta.

Se non si crea questa possibilità, è inevitabile che la psicoterapia si svolga tutta all'insegna di un transfert positivo, che non dà luogo ad una terapia trasformativa, ma tutt'al più ad una terapia di appoggio.

Il relatore sottolinea ancora che l'empatia intesa soprattutto come capacità di cogliere le dimensioni inconsce del paziente, non deve essere confusa con un atteggiamento banalmente benevolo (simpatia ecc.) che escluderebbe qualsiasi capacità di proporre una dinamica di frustrazione con interesse, nei confronti del paziente.

### **3) Il ricordo Infantile. La trasformazione**

Il relatore ripropone la necessità che il paziente recuperi il proprio passato e che lo integri nella sua storia: psicoterapia è anche ricostruire la propria autobiografia. E per fare questo è necessario raggiungere una situazione di separazione dal passato, per cui non ci sia più astio o risentimento verso figure significative del passato, anche quando queste siano state realmente frustranti o deludenti, evitando nel contempo una situazione sia di idealizzazione sia di identificazione. Quindi in altri termini recupero ed integrazione del passato, che deve essere inteso, come superamento e

trasformazione degli affetti negativi ed integrazione dei ricordo nella propria storia. Ovviamente la veridicità o meno di avvenimenti del passato ci deriva solo dal racconto e dal ricordo del paziente: e noi ben sappiamo che questi - consciamente o meno - può riferire avvenimenti assolutamente non veri.

Quindi il punto di riferimento non è e non può essere il ricordo infantile, bensì quello che il paziente esprime nella relazione oggettuale del transfert.

Ed è proprio dal confronto tra quanto il paziente racconta e quanto esprime nel rapporto, che il terapeuta può avere una chiave di lettura corretta.

Ma come avviene il cambiamento?

È una semplice eliminazione-trasformazione di queste dinamiche negative, oppure questa dinamica è più complessa nel senso che se da una parte queste dinamiche ostili-aggressive debbono essere eliminate e trasformate è pur vero che il ricordo di queste figure del passato deve poi essere integrato nell'ambito della

personalità del paziente?

Su questo punto M. Fagioli sostiene una tesi molto diversa. Convinto dell'assoluta inutilità del ricordo infantile, propone una trasformazione intesa come nascita, ovverosia come rottura completa con il passato, che non rende necessaria alcuna integrazione.

Data l'importanza del problema ritengo utile riproporre alcuni brani del dibattito.

N. Lalli: "Ritengo necessario un processo d'integrazione, come momento transitorio della terapia fin quando il paziente mantiene una ambivalenza o una astiosità, che spesso si manifesta come atteggiamento rivendicativo, nei confronti di queste figure significative. Piuttosto la domanda che mi pongo è come avviene questa integrazione.

Ritornando per un momento al caso clinico, avevo sottolineato come in precedenza il paziente parlando del padre lo ricordava come una persona assente ed indifferente: alcuni avvenimenti attuali confermano la realtà di questo atteggiamento paterno. Ma ad un certo punto il paziente in seduta esprime - per la prima volta ed improvvisamente - un sentimento di rabbia molto intensa nei confronti del padre.

Il paziente quindi ha recuperato oltre che un ricordo anche un affetto - la rabbia - che in seguito egli esprimerà anche nei confronti di altre persone e del terapeuta stesso, soprattutto quando leggerà alcuni avvenimenti (le separazioni) come comportamenti di indifferenza-assenza dei terapeuta. È evidente anche che questa dinamica di rabbia è emersa all'interno della dinamica relazionale di transfer: ma da questo momento sembra necessario che il paziente venga avviato verso un processo di integrazione. Ovverosia non dimenticare o rimuovere, ma separarsi dal passato e trasformare questa rabbia in ricordo senza rabbia. Per fare questo mi sembra necessario lavorare sul rapporto con il padre, perché egli possa recuperare anche quella che è una funzione del padre. In tempi più o meno brevi questa situazione tenderà a trasformarsi ed il paziente arriverà a vivere questa figura senza rabbia, magari soltanto con il rimpianto che avrebbe potuto avere un padre migliore. Contemporaneamente comincia a sorgere un transfert chiaramente negativo nei confronti del terapeuta".

M. Fagioli: "Ma questo è come dare la novalgina! Quando la situazione transferale è dura ed acuta utilizzando il ricordo infantile, ma è come la novalgina, cioè non curi l'accesso. Calmi per un momento la situazione e dopo qualche ora o giorno, ritorna tutto punto e a capo..."

N. Lalli: "Ritengo che in certi momenti può non essere utile per il paziente l'esplicitazione di una sua dinamica che può essere vissuta come troppo

violenta: in questo senso continuo a parlare di empatia, ovverosia di un clima di fiducia-interesse-sicurezza, ove il terapeuta può utilizzare consapevolmente la novalgina, in attesa di procedere ad un intervento più radicale.

Questo riportare un affetto negativo o ostile al passato non è inevitabile in tutti i casi, ma in casi particolari deve essere considerato come un parametro

(nella terminologia di Eissler): ovverosia una modalità tecnica che può e deve essere abbandonata appena possibile. Bisogna tener presente, ed in questo mi rifaccio agli studi di psicologia evolutiva, che hanno evidenziato che una esperienza eccessiva o traumatica può non essere elaborabile, quindi può non tramutarsi in esperienza”.

M. Fagioli: “Una obiezione tecnica. Si può dare la novalgina perché il paziente soffre troppo, ma poco dopo l’effetto scompare. In psicoterapia questo non si può considerare un inganno?”.

N. Lalli: “No. Credo che non sia un inganno se si è consapevoli, se lo si fa nell’interesse del paziente, e non semplicemente per evitare uno scontro nel transfert. Nel caso descritto prima, è successo che quando il paziente è stato in grado di accettare che poteva provare rabbia ora per una figura del passato, dopo ha potuto affrontare questa dinamica nei miei confronti.

Nella psicologia evolutiva è stato chiaramente dimostrato che il bambino per poter integrare una esperienza ha bisogno sia di un clima empatico, sia che l’esperienza venga vissuta in modo non eccessivo e graduale ovverosia bisogna dar tempo al bambino (un tempo che può variare da bambino a bambino), perché egli possa integrare e far sua una esperienza significativa.

Ritornando al paziente bisogna tener presente che per questi l’unica strada conosciuta (ed agita nel passato) di fronte all’emergenza della rabbia, era stata una dinamica di annullamento e di indifferenza.

Riproponendo una situazione del passato, ho dato la possibilità di fargli accettare questo affetto, proponendogli che la sua fantasia di sparizione non aveva ucciso o fatto sparire il padre, ma gli aveva solo creato un vuoto interno ed una indifferenza di fondo.

Successivamente sono emerse la rabbia e le negazioni nei confronti del terapeuta e da quel momento è stato possibile, anzi necessario riportare tutto nell’ambito del transfert.

Mentre si svolgeva questa dinamica avveniva contemporaneamente quella che chiamo integrazione del passato. La figura del padre non veniva né idealizzata né rimossa; rimaneva solo il ricordo di una situazione vissuta nella sua realtà, forse con un minimo di rimpianto per non aver avuto una situazione più soddisfacente.

Comunque a questo punto vorrei porre io una domanda. Io ho proposto un progetto di psicoterapia ove può essere necessario riprendere ed elaborare la storia reale (o fantasmatica) del paziente, ovverosia il suo passato storico, elaborarlo ed integrarlo.

Che relazione c’è tra questa proposizione e quella di ‘inconscio mare calmo’, ove sembra essere data una minore importanza agli eventi storici del paziente?”

M. Fagioli: “Il concetto teorico è che il passato non si modifica, in quanto è passato; quindi non occorre un concetto di trasformazione, ma occorre un concetto di sparizione; l’Impero Romano fu ‘Impero Romano’ non posso trasformare l’Impero Romano, fu quello che fu e basta. Così, la storia col padre, con la madre, con le sorelle, con vattelapesca è stata quella che è stata. L’unica cosa che si può fare è eliminarla, quindi il concetto di sparizione; non quello di rimozione, di comprensione, di elaborazione che diventa su ogni cosa, sta attento a non fare come tuo padre, non esiste. I

L’altro concetto, ancora più filosofico è quando uno, nell’impostazione psicoterapeutica personale, quando fa quello che hai fatto tu, che interpreta la fantasia di sparizione, fa un discorso di ricominciare tutto daccapo. La fantasia di sparizione ha la funzione originale della nascita: ricominciare daccapo tutta la costruzione, per cui l’adoperi su cento cose: ma ricominci daccapo. È in questo senso c’entra, l’ ‘inconscio mare calmo’ .

Quando tu attacchi l’annullamento, nel transfert negativo, metti in moto tutto un processo per cui ti scontri con tutto ciò che ha impedito questa nascita, questa identità, per cui poi, riferendoti a quello, ai limiti, anche una figura paterna buona, che c’entra ? Se ne deve andare, se ne deve andare in ogni modo! Uno che rimane con una figura paterna, è sempre un pò incazzatello! Che poi se ne vada a sei anni, se ne vada a quindici anni, se ne vada a vent’anni - più in là comincia ad essere tardi -, ma uno non può continuare tutta la vita ad avere un padre; deve essere un individuo. (...)”

N. Lalli: “Però la domanda che ponevo è questa: e della sua storia reale, che ne fa?”.

M. Fagioli: “Lì, può cercare di sé, questo sì. Può cercare di sé, di quella volta che ha fatto questo o quello o cercare le motivazioni... ecco, fare il lavoro di cercare le motivazioni latenti del fatto manifesto; non il ricordo del fatto. Per esempio: tu sei andato lì e hai toccato le cosce alla maestra, vediamo, qual’è la motivazione? Per sapere come era fatta e come si muoveva vent’anni prima; tutta la verità sta nel transfert, perché è solo lì che l’analista può rispondere. Quello ti può

raccontare: il maestro o la maestra era brutta; poi invece era bella: e come fai a saperlo? Mentre se ti dice: ‘tu sei brutto’, tu dici ‘no, sono bello’, perché ti vedi...se è una negazione la puoi scoprire”.

N. Lalli: “Possiamo fare una formulazione successiva: un processo di psicoterapia quindi corrisponde ad una nascita...”

M. Fagioli: “...è la ricerca, innanzitutto, di una nascita...”

N. Lalli: “... e quindi di una nuova storia di rapporto. Questa nuova storia, può trovare nella storia del passato una sorta di integrazione, o no? Questo, era il problema che mi ponevo”.

M. Fagioli: “Una nascita ce l’ hanno avuta tutti. Quindi lì c’è un problema di recuperare qualcosa che è sparito, si è perso, qualcosa che uno prima aveva, almeno per una settimana, bene o male da quando è nato, e poi l’ ha perso, è andato incontro, ad una dissociazione: il primo processo psicopatologico è questo, perché ha perso qualcosa che aveva. Poi ci chiediamo: quante persone sono arrivate al desiderio? Quante persone sono arrivate veramente allo svezzamento?”

Quante persone sono arrivate a stabilire un rapporto discreto ed accettabile con l’essere umano diverso? Estremamente poche. Quindi tu lì gli proponi qualcosa di nuovo perché quello, allo svezzamento non c’è mai arrivato.

Quindi ci sono due proposizioni...da una parte la nascita, la nascita tutti ce la devono avere avuta, non so, salvo situazioni particolari come quegli omosessuali gravissimi, o psicotici gravissimi, quelli che sono nati senza un minimo di vitalità; ma in genere tutti ce l’ hanno avuta, e allora lì si tratta di recuperare quello che c’era.

Per il resto, invece, è di proporre qualcosa di nuovo cioè la visione profonda delle cose con i tuoi occhi; gli proponi al paziente qualcosa che lui non conosce, che è nuovo; però è come dire che quando si arriva a quel punto la patologia, nel senso di psicosi, non c’è più”.

N. Lalli: “A parte questo ho l’impressione che il paziente arrivi anche ad una situazione dove, pur avendo subito, sicuramente situazioni di frustrazione, di assenza non è più carico di rabbia rispetto a queste situazioni, ma fanno parte di un suo passato, che non può certo negare, ma che è vissuto con una sorta di comprensione e di empatia, non di simpatia, perciò parlavo di integrazione del passato ...” no ha subito

M. Fagioli: “Andare a fare la grande ricerca di sette anni per vedere se uno ha subito una delusione per lo svezzamento... tutti l’ hanno subita, la delusione per lo svezzamento! Caso mai, il caso clinico particolare è chi non l’ ha subita, uno su due miliardi... quindi, avere quel minimo di ricettività per cui se ti capita quello che la nascita non l’ ha persa, allora uno dice ‘ah, questo è un caso eccezionale!’. Il discorso è che al fondo, tu, la psicosi la trovi sempre. Il discorso della psicoterapia è il transfert negativo”.

Appare evidente che c’è una situazione di accordo sulla non possibilità di verifica dei ricordi infantili, mentre c’è invece una differenza rispetto ad un eventuale uso di questo ricordo infantile.

Il relatore ritiene che soprattutto in particolari casi riportare l’affetto del paziente a figure o situazioni del passato, possa essere come un parametro, oltretutto una modalità utile per il paziente perché gli si evita un impatto troppo con sé stesso e con il terapeuta, e gli permette di realizzare e di prendere consapevolezza e quindi poi di elaborare la rabbia. Il relatore esprime la perplessità che un’emergenza d’affetti troppo diretta possa favorire un processo di rimozione. È evidente che su questo punto la formulazione di Fagioli è più radicale e netta: l’interpretazione deve essere sempre di transfert.

#### 4) Il problema dell'identificazione

N. Lalli: “Ritengo che l'identificazione possa avvenire in quella fase di passaggio quando il paziente, rotta la corazza di indifferenza, si trova con una situazione di vuoto interiore. In questo momento può scattare una dinamica di bramosia-introiezione e quindi di parziale e momentanea identificazione con il terapeuta. In questo caso non solo l'immagine, ma anche parti del terapeuta, mediante un processo di introiezione, possono andare a costituire un primo punto di coagulazione, una base sulla quale il paziente ricostruisce poi la propria immagine.

È evidente che l'identificazione comporta una dinamica di ambivalenza, ma questa fase rappresenta pur sempre un passo avanti rispetto ad una situazione di vuoto interiore. È evidente che questa dinamica deve essere elaborata e superata perché può innescare un processo regressivo”.

G. De Simone: “Allora se ho capito bene si tratta della fase in cui dallo sblocco dell'indifferenza e dell'annullamento, esce fuori un rapporto ambivalente.

Quindi si tratta di una identificazione proiettiva: non è il paziente che è identificato con te, ma ha proiettato su di te la figura ambivalente del padre ritrovato. Perché teoricamente è difficile capire come si possa avere una identificazione con l'analista”.

Un concetto analogo viene espresso dal dr. A. Masini.

N. Lalli: “Ritengo che nella fase di sblocco dell'annullamento, intervenga una fase di bramosia e quindi una tendenza ad introiettare la figura dell'analista.

Ora se riteniamo che l'introeiezione riguarda solo parti negative o frustranti è chiaro che di fronte ad un analista valido, questo non dovrebbe avvenire. Quindi forse è necessario ritenere che l'identificazione possa avvenire solo sulla base di una preventiva situazione di negazione. Ovverosia il paziente attraversa una fase ove vede e non vede (negazione), ed è su questa base che egli può fare una dinamica di introiezione”.

G. De Simone: “In realtà l'analista consente di fare l'identificazione, quando manifesta delle ambivalenze, quando manifesta un atteggiamento negativo: è lì che il paziente ha la possibilità di identificarsi, di fare una identificazione con l'analista. Nel momento in cui ci si propone in una situazione di concreta diversità e cioè di validità, quello che si può manifestare è un atteggiamento evolutivo, cioè di prendere le cose valide, o un atteggiamento ostile”.

Altri colleghi sottolineano che un analista veramente valido non può dar luogo ad identificazioni.

A. Homberg: “Ma cosa intendi per identificazione? È un fatto di immagine: quello fumava le tue sigarette, metteva le tue giacche, o era proprio un fatto d'identificazione?”.

N. Lalli: “Credo che dobbiamo distinguere due situazioni diverse. Da una parte c'è la cosiddetta identificazione mimetica o adesiva che corrisponde esattamente a ripetere o rifare le cose esteriori e banali dell'analista. Questa dinamica, quando c'è, è sempre segno di una grave psicopatologia e credo che somigli, per alcuni aspetti, ai sintomi dell'ecoprassia e dell'ecolalia nella catatonia. Quindi in questo caso sarebbe utile trovare un altro termine, perché questa dinamica non ha nulla a che fare con l'identificazione. Per identificazione intendo un processo ove il terapeuta o parti del terapeuta vengono introiettate e vanno a costituire un falso Sé. Quindi è evidente che se l'analista è valido il processo d'identificazione può avvenire solo dopo una dinamica di negazione.

Ma credo che in certi momenti questa dinamica sia possibile, anche se l'analista è valido, perché corrisponde ad un bisogno transitorio, ma molto intenso del paziente di poter avere qualcosa dentro di lui. Sul piano clinico questa dinamica mi sembra confermata da un fatto che credo ognuno di noi abbia notato.

I pazienti che in genere affrontano bene (ovverosia con indifferenza o euforia) le prime separazioni, dopo quando hanno costituito questo legame (mediante l'identificazione) cominciano ad angosciarsi per le separazioni. Cominciano a comparire fantasticherie di far sparire l'analista o che l'analista faccia



sparire loro. Sembra evidente che in questa fase di passaggio, il paziente teme una eventuale regressione ad una fase precedente, cioè l'annullamento.

Questo è uno dei motivi per cui ritengo che un processo parziale e momentaneo di identificazione possa avvenire all'interno di un rapporto psicoterapico anche se valido e corretto".

M. Fagioli: "Il problema che va chiarito è che la rabbia è sempre collegata ad un vissuto di delusione giustificata; se non si chiarisce questa dinamica e si considera la rabbia quale conseguenza di una fase orale non recuperabile, per cui uno morde qualsiasi cosa incontra per strada, non si chiarisce il problema. Se invece la dinamica è 'Sono deluso dall'altro per questo mi arrabbio e lo introietto' è chiaro che in quel momento l'analista viene vissuto come deludente. Se l'analista non lo è il paziente deve fare prima una negazione 'Tu non sei una realtà umana soddisfacente, tu sei un padre, e un padre essendo deludente giustifica la sua rabbia'. Altrimenti da dove viene fuori questa rabbia se prima non c'è stata la negazione dell'altro?".

N. Lalli: 'Sono d'accordo. Comunque si può ritenere che nel momento di emergenza della rabbia è come se ci fosse un viaggio in parallelo tra l'emergenza vissuta e riferita al passato che però diventa prevaricante, ed un vissuto molto fragile del presente (e cioè la realtà del terapeuta). Il passato è fortemente strutturato, il presente è da strutturare: è in questo spazio che si può inserire la dinamica di negazione e poi successivamente di introiezione. D'altronde l'emergenza dell'affetto rabbia è talmente forte che può non essere contenuta ed investire anche il terapeuta".

M. Fagioli: "*Questo è interessante, perché l'analista valido non deve permettere l'identificazione, ma non è mica detto che non deve permettere la rabbia...*".

A questo punto sembra delinearci che una volta definita l'identificazione, la maggior parte del pubblico sostiene che questa non dovrebbe comunque avvenire in una situazione valida dello psicoterapeuta.

Forse si può ritenere che con l'emergenza della rabbia, è necessaria una netta opposizione a qualsiasi negazione del paziente sul terapeuta. In questo modo, pur lasciando emergere la rabbia e quindi non reprimendola, una continua interpretazione delle negazioni può impedire più facilmente un processo identificazione. Dall'altra sembra emergere la possibilità che il passaggio dalla rabbia ad una situazione di desiderio, possa considerarsi come l'altra via d'uscita rispetto all'identificazione".

## **5) Il problema del desiderio. La fine della terapia**

M. Fagioli: "Comunque la rabbia, prima o poi, si smaltisce da sola: basta saper aspettare. E se il paziente tira fuori il desiderio che fai? Glielo interpreti?"

Il relatore propone che il desiderio dell'analizzando è fondamentalmente un desiderio di conoscenza, di ricerca, di autonomia e questo desiderio deve essere soddisfatto perché è la base, insieme alla risoluzione del transfert negativo, di ogni valida terapia. Con queste due realizzazioni una psicoterapia può definirsi conclusa. M. Fagioli invece ritiene che il desiderio può essere molto di più di questo, e può proporsi come confronto diretto con la validità dell'analista.

M. Fagioli: "...cioè l'analizzando, ammesso che sia possibile chiamarlo così, si rivolge a tutte le identità. Il transfert, come l'abbiamo concettualizzato prima, cioè rapporto con la realtà dell'analista, poi si sviluppa in questo senso".

Il relatore ritiene che questo può avvenire dal momento che termina la fase strettamente terapeutica (risoluzione del transfert negativo) ed inizia una fase di ricerca e quindi di maggior rapporto con la realtà dell'analista. Ma ritiene anche che questa possibilità sia maggiore nell'ambito di una prassi come l'Analisi Collettiva, proprio perché non si è legati ad una fine della terapia e quindi il lavoro di ricerca può essere portato avanti molto di più e più a lungo, mentre nell'ambito di un rapporto duale ci

sono limiti più precisi e definiti. Il confronto con tutte le possibilità dell'analista non può escludersi, ma non è fattibile, altrimenti si cade in una situazione di analisi interminabile.

Complessivamente dal dibattito emergono divergenze su alcuni temi centrali: in parte dovute a posizioni teoriche non sovrapponibili, in parte perché riferiti a due contesti operativi diversi. Da una parte l'Analisi Collettiva, dall'altra l'analisi duale.

Forse il proseguimento del dibattito potrà chiarire se questi limiti sono intrinseci alle prassi, o sono solo dei limiti storici e contingenti.

Ultima revisione: 30 maggio 2007