

La stesura dei capitoli 4, 6, 7 e 9 è stata realizzata
con il contributo rispettivamente di Antonella Tripani,
Stefano Bembich, Cristina Vecchiet, Sandra Pellizzoni.

© copyright Edizioni Università di Trieste, Trieste 2011.

Proprietà letteraria riservata.

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, di
riproduzione e di adattamento totale e parziale di questa
pubblicazione, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm,
le fotocopie e altro) sono riservati per tutti i paesi.

ISBN 978-88-8303-323-0

EUT - Edizioni Università di Trieste
Via Weiss, 21 - 34127 Trieste

<http://eut.units.it>

Teoria e ricerca in psicoanalisi

Commentario di
Psicoanalisi Contemporanea
per lo studente di Psicologia
e di Medicina

Andrea Clarici

Sommario

Prefazione di Giovanni Peralisi e Andrea Zanettovich	7
Premessa	9
PARTE PRIMA – FONDAMENTI DI PSICOANALISI	13
1. Introduzione: la psicoanalisi oggi	15
2. La ricerca in psicoanalisi	28
3. Il modello psicoanalitico strutturale della mente: da Freud a Sandler	62
PARTE SECONDA – SVILUPPO E OMEOSTASI AFFETTIVA	89
4. Sviluppo genetico e ambientale a confronto*	91
5. Omeostasi affettiva: dalla famiglia esterna alla famiglia interna	139
PARTE TERZA – I PROCESSI DI STRUTTURAZIONE DELL'APPARATO PSICHICO	175
6. L'identificazione e altre internalizzazioni**	177
7. La proiezione e altre esternalizzazioni***	203
PARTE QUARTA – REGOLAZIONE E MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI AFFETTIVA	219
8. La via trasformativa del dolore: dall'ansia ai meccanismi di difesa	221
9. La via conservativa dell'omeostasi affettiva: dalla sicurezza alla depressione****	291
10. Lo sviluppo infantile: una visione d'insieme	322
Bibliografia citata	327
Indice analitico	335
Indice delle figure	343
Indice generale	344

* con Antonella Tripani

** con Stefano Bembich

*** con Cristina Vecchiet

**** con Sandra Pellizzoni

Prefazione

È abbastanza condiviso il fatto che la psicoanalisi sia qualcosa di estremamente difficile da “insegnare”. E se ciò vale per le varie scuole e centri di “formazione” (concetto a proposito del quale l'Autore di questo testo si sofferma scrupolosamente nell'Introduzione), figuriamoci quanto può valere rispetto agli ambiti strettamente accademici, in cui necessariamente prevale un orientamento “informativo” rispetto a quello “formativo”. Quest'opera si propone come un insieme organico di “commenti”, di appunti, di idee, di rielaborazioni di concetti psicoanalitici raccolti durante un intenso e personale percorso formativo.

Come nucleo di tale percorso si pone la lezione assunta dal Centro Studi di via Ariosto a Milano, nato come centro di formazione psicoanalitica permanente nell'ormai lontano 1969; i suoi fondatori, oltre naturalmente alla teoria della tecnica psicoanalitica, ne condividono una sorta di essenza di base, di “etica di pensiero” e di modo di insegnare o meglio di formare; si tratta di una metodologia comune che trova coerente espressione, tra le altre, nella assoluta distanza da ogni tipo di dimensione istituzionale, di associativismo intellettuale, di corporativismo etichettante. Chi ha avuto l'opportunità e la fortuna di attingere a quel tipo di metodologia vi si è ritrovato in un modo di sentire e di pensare, di rapportarsi a sé e all'altro, e su queste basi si è “formato”. Il Centro di via Ariosto può considerarsi a tutto titolo l'erede e il rielaboratore del prezioso e fondamentale pensiero psicoanalitico di Joseph Sandler, di colui che sostenne così tante volte quanto la psicoanalisi scontasse il problema di non avere ancora avuto una teoria generale della tecnica e di come ciò rendesse difficili il capirsi tra colleghi, un'attribuzione più precisa ed univoca di significato ai concetti psicoanalitici di base e probabilmente anche una maggiore fruibilità e condivisibilità della ricerca scientifica nel campo (pur non dimenticando quanto possa essere “fertilizzante” e fautrice di prospere ibridazioni concettuali proprio questa mancanza). All'autore della “*quiet revolution*”, al conciliatore intellettuale tra fazioni e faziosi, siamo debitori di concetti psicoanalitici estremamente importanti sia nell'ambito del pensiero teorico che della riflessione clinica, come quelli di principio di sicurezza, di persistenza, di campi esperienziali e non esperienziali, di inconscio passato e di rispondenza di ruolo.

Nell'ambito di questi “appunti di viaggio formativo” di Andrea Clarici c'è coerentemente spazio anche per l'area neuroscientifica ed in particolare neuropsicoanalitica, in sintonia con le “antiche” radici neurofisiologiche dell'Autore. Si può considerare stimolante e interessante il fatto che quest'opera, nata in ambito universitario per gli studenti dell'Università, si possa identificare come

un sussidio "informativo" fatto di commenti scritti e nati in una dimensione prevalentemente "formativa". A questi studenti... "in viaggio" vadano i nostri auguri più calorosi.

Giovanni Pieralisi e Andrea Zanettovich

Premessa

La psicoanalisi non può avere grande diffusione né popolarità nelle Istituzioni universitarie. Lo sapeva Freud quando ha scritto un testo proprio sull'insegnamento della psicoanalisi nelle università¹. A proposito di questo Freud sosteneva: *“Il problema se sia consigliabile l'insegnamento della psicoanalisi nelle università può essere preso in considerazione da due punti di vista: quello della psicoanalisi e quello dell'università. [...] L'includere la psicoanalisi nel curriculum universitario sarebbe senza dubbio visto con soddisfazione da tutti gli psicoanalisti. Allo stesso tempo è chiaro che lo psicoanalista può fare senz'altro a meno dell'università senza perderci nulla. [...] Per quanto riguarda le università, la questione dipende dalla loro decisione, cioè se sono disposte ad attribuire un valore alla psicoanalisi nell'addestramento dei medici e degli scienziati in genere. In caso affermativo, resta il problema di come inserire la psicoanalisi nel normale sistema dell'istruzione. [...] l'università non avrebbe che da guadagnarci dall'inclusione nel suo curriculum dell'insegnamento della psicoanalisi. Vero è che tale insegnamento può essere impartito soltanto in forma dogmatica e acritica, mediante lezioni teoriche. [...] Ma per i fini che ci proponiamo basterebbe che lo studente di medicina apprendesse qualcosa circa la psicoanalisi e qualcosa da essa”* [p. 31 e p. 33]. In questo senso, credo, Freud distingueva ciò che è possibile trasmettere in ambito universitario alla psicoanalisi cioè *informare*, da ciò che non è possibile, cioè *formare*, almeno non attraverso lezioni frontali con un docente che si indirizza a una moltitudine di studenti senza una vera interazione con i singoli o con il gruppo. Quindi all'Università è possibile *informare* su la psicoanalisi ma non *formare* in psicoanalisi. La formazione in psicoanalisi richiede infatti un coinvolgimento emotivo da parte di entrambi i componenti della coppia (nel nostro caso, docente e discente) e una modificazione del proprio modo di comprendere la relazione che contempra il punto di vista dell'altro. Nella formazione psicoanalitica questo richiede un lento e lungo processo identificatorio, che parte dalla propria esperienza personale di base, passando dalla propria analisi e dalle supervisioni in un contesto di scuola a orientamento psicoanalitico. Per me nulla di tutto ciò è avvenuto in seno all'Università. Nella mia formazione di medico era contemplato un unico corso di psicologia e riguardava la simulazione del comportamento da parte dei computer, che per quanto interessante, sentivo molto lontano dalle mie esigenze di comprendere i pazienti che vedevo soffrire in corsia.

¹ Freud, S. (1918) Bisogna insegnare la psicoanalisi nell'università? Opere di Sigmund Freud [OSF] vol. 9, pp. 29-35. Torino: Bollati e Boringhieri.

Sono passati molti anni da quando ero studente di medicina e mi sembra che, almeno nelle Facoltà di Medicina, la situazione non sia molto cambiata: in ambito di psichiatria si sente parlare di sfuggita di qualche concetto freudiano ma i corsi sono fondamentalmente centrati sull'insegnamento della fenomenologia dei disturbi psichici e sul loro trattamento farmacologico. In ambito di psicologia, la psicoanalisi è un po' più rappresentata ma rimane predominante lo studio degli aspetti cognitivi del comportamento. Da qui l'esigenza di cercare di dare un contributo affinché lo studente possa almeno apprendere qualcosa "circa la psicoanalisi", come auspicato da Freud.

Il progetto di questo "commentario" è di dare un quadro descrittivo, sulla base di un preciso modello psicoanalitico, dei principali funzionamenti della mente e di come questi processi si intreccino per strutturare l'identità personale. Il testo è organizzato in quattro parti: la prima parte è introduttiva e nel primo capitolo si illustrano le nozioni di base della psicoanalisi per chi, come in particolare lo studente di medicina, non le ha mai ricevute, se non per essersene avvicinato per interesse personale. Nel secondo capitolo viene inoltre toccato il controverso tema della ricerca in psicoanalisi e della sua divulgabilità. Nel terzo capitolo viene descritto il modello metapsicologico di Sandler. Nella seconda parte, il capitolo 4 riguarda lo sviluppo fisiologico dell'identità e in particolare l'intreccio inestricabile tra il patrimonio ereditato da ogni individuo grazie alla sua costituzione genetica e quanto appreso dalle persone che lo hanno accudito. Il quinto capitolo riguarda sostanzialmente un'esposizione della teoria delle relazioni d'oggetto secondo il modello di Sandler, centrata sul concetto di famiglia interna. La terza parte descrive i processi che catalizzano lo sviluppo della personalità, fondamentalmente i meccanismi di identificazione (Capitolo 6) e quelli proiettivi (Capitolo 7). La quarta parte introduce le diverse modalità di ripristino per l'individuo dell'equilibrio psichico nella normalità, in risposta all'ansia (Capitolo 8) o nella risposta alla sofferenza psicologica depressiva (Capitolo 9). Il testo si conclude con una breve visione d'insieme sullo sviluppo infantile (Capitolo 10).

L'intento di questo testo di *informare* su di un particolare sviluppo della psicoanalisi contemporanea, si affianca alla speranza che esso venga letto da chi ha anche avuto modo di conoscermi direttamente attraverso le mie lezioni. Credo che solo così si possa avere almeno un "sentore" che dietro a queste informazioni via sia anche una formazione che ho avuto il privilegio di acquisire grazie a persone molto dedicate. La prima persona che vorrei citare è il prof. Antonio Bava, docente di Fisiologia Umana alla Facoltà di Medicina di Trieste, professore raro nel combinare amore per l'insegnamento e per la ricerca scientifica, e per la capacità di trasmettere con passione queste sue doti. Credo che sia giusto fare un cenno di gratitudine anche ai supervisori e docenti (il dottor Alberto Hahn e la dottoressa Jeanne Magagna, in particolare) che hanno contribuito a una prima parte della mia formazione psicoanalitica infantile. Riman-

gono senz'altro i frutti di questo sodalizio formativo: i miei incontri clinici con i bambini, che ho avuto per pazienti per molti anni, rappresentano le fondamenta della mia formazione clinica con i pazienti adulti. Un sentito ringraziamento va al dott. Stefano Bembich e alle dottoresse Sandra Pellizzoni, Antonella Tripani e Cristina Vecchiet, che hanno contribuito alla stesura di alcuni capitoli di questo testo, discutendo con me con grande senso critico i concetti ivi contenuti. La formazione nella quale mi riconosco si deve a persone che si sono ritrovate nel pensiero e nella guida di Joseph e Anne-Marie Sandler, presso il Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica di Via Ariosto di Milano. Approfitto di questo spazio per ringraziare queste persone, in particolare (nell'ordine temporale in cui li ho conosciuti, in esperienze dirette di formazione) la persona che ha dato l'avvio a questo stimolante percorso, il dott. Andrea Zanettovich, poi la dott.ssa Luigina Cuccini, che ho avuto come supervisore nel mio lavoro clinico con bambini, il compianto dott. Paolo Sacconi e le sue collaboratrici della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica della Famiglia, la dott.ssa Raffaella Magnoli e la dott.ssa Elisabeth de Verdière, e poi i supervisori e insegnanti della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adulto, il dott. Enrico Toselli, il dott. Mauro Boyer, la dott.ssa Patricia Grimaldi, il Direttore della Scuola, dott. Milton Monteverde e il dott. Arnaldo Petterlini. Devo fare un cenno a parte per il dott. Paolo Coen Pirani, che per un lungo periodo ho avuto il privilegio di avere come supervisore del lavoro teorico, clinico di gruppo e anche di supervisione individuale. Il dott. Coen è stata la principale fonte di ispirazione teorica per questo scritto. Da questo punto di vista, questo testo infatti non contiene nulla di originale, se non un particolare riordino (da questo punto di vista, del tutto idiosincratico) degli argomenti: per quanto riguarda gran parte delle nozioni e delle citazioni che contiene, esse si rifanno a quanto appreso in Via Ariosto sotto le indicazioni del dott. Coen. La stessa denominazione di *Commentario* per questo testo si deve al dottor Coen dove, almeno nella mia testa, i *commenti* li ho ricevuti da lui: spero che la risistemazione teorica risultante nonostante sia effettivamente filtrata attraverso la mia particolare comprensione non si discosti troppo da quanto indicato in quelle stimolanti ore di rivisitazione teorica dell'opera di Sandler. Infine, un ulteriore particolare ringraziamento va al dott. Giovanni Pieralisi per il suo contributo di supervisione paziente e incoraggiante e nell'offrire sempre nuovi spunti formativi: grazie a queste persone ho imparato ad apprezzare, e non a spaventarmi, del fatto che in psicoanalisi la formazione non può che essere permanente.

Andrea Clarici

Trieste, 6 ottobre 2010

Parte prima
Fondamenti di psicoanalisi

1. Introduzione: la psicoanalisi oggi

«Ci sono più cose in cielo e in terra, Orazio, di quante ne sogni la tua filosofia.»

William Shakespeare

La psicoanalisi è quella branca della psicologia che si occupa della vita soggettiva degli individui, del loro mondo esperienziale e relazionale, e che studia le leggi che regolano le interazioni interpersonali nel ciclo di vita dell'individuo. La psicoanalisi contemporanea si occupa di questi aspetti in un'ottica evolutiva, concentrandosi sugli aspetti consci e inconsci delle relazioni e dei conflitti intrapsichici.

Riassumeremo qui brevemente alcune definizioni e alcuni concetti di base che fanno della psicoanalisi una disciplina scientifica, una terapia e un modello teorico per comprendere le persone.

L' *Enciclopedia di Psicoanalisi*² dà della psicoanalisi le seguenti definizioni:

La psicoanalisi è la disciplina fondata da Freud, in cui si possono distinguere tre livelli:

- A) Un metodo di indagine consistente essenzialmente nell'esplicitare il significato inconscio dei discorsi, delle azioni, delle produzioni immaginarie (sogni, fantasmi, deliri) di un soggetto. Questo metodo si fonda principalmente sulle associazioni libere del soggetto che sono la garanzia di validità dell'interpretazione. L'interpretazione psicoanalitica può estendersi a produzioni umane per le quali non si dispone di associazioni libere.
- B) Un metodo psicoterapeutico fondato su tale indagine e specificato dall'interpretazione controllata della resistenza, del transfert e del desiderio. A questo senso si ricollega l'uso di psicoanalisi come sinonimo di cura psicoanalitica; esempio: iniziare una psicoanalisi (o un'analisi).

² Laplace, J. & Pontalis J.-B. (1967) *Vocabulaire de la Psychoanalyse*. Paris: Presses Universitaire de France. Trad. It. *Enciclopedia di Psicoanalisi*. Roma: Edizioni Laterza. 1993.

- C) Un complesso di teorie psicologiche e psicopatologiche in cui sono sistematizzati i dati apportati dal metodo psicoanalitico di ricerca e di trattamento.

Freud definiva la terapia psicoanalitica come “*un’opera di liberazione dell’essere umano tanto dai suoi sintomi, quanto dalle inibizioni e anomalie del carattere*”³. Nel momento in cui il paziente è libero dai condizionamenti che non gli permettevano di scegliere, lo psicoanalista ha concluso il suo compito e deve astenersi da ogni giudizio morale sull’esito di questa scelta⁴.

Rycroft⁵, uno psicoanalista inglese dallo spirito indipendente, definisce la psicoanalisi come un campo che studia l’essere umano in quanto *animale sociale* le cui principali azioni sono volte: (1) all’autosopravvivenza; (2) alla ricerca di una relazione d’oggetto che sia reciprocamente adattativa; (3) all’autoconsapevolezza, cioè a una riflessione su di sé e sui contenuti della propria coscienza. Di questa definizione, personalmente condivido i primi due punti: sono più cauto invece nel mettere sullo stesso piano in termini di spinte motivazionali l’esigenza di una conoscenza di sé, sicuramente sentita da ogni individuo, rispetto all’autopreservazione e alla ricerca oggettiva. A mio avviso, la spinta alla conoscenza e all’autoconsapevolezza è possibile solo dopo che si è raggiunta una determinata “base di sicurezza” interiore, una condizione che è strettamente legata al destino e alla gratificazione dei bisogni primari, e al mantenimento di una omeostasi affettiva nella relazione con sé e con gli oggetti. La psicoanalisi, in questa prospettiva, diventa quindi fondamentalmente lo studio dello sviluppo della capacità di instaurare e mantenere relazioni interpersonali. La psicopatologia (il modo quindi di ammalarsi di ognuno di noi) è lo studio del modo in cui questa capacità relazionale può fallire o venir meno. Joseph Sandler, uno psicoanalista inglese di cui parleremo diffusamente in questo testo, (in linea con questi pensieri di Rycroft) definisce la psicoanalisi più sem-

³ Freud, S. (1938a) *Compendio di psicoanalisi*. OSF, vol. 11.

⁴ Freud, S. (1938b) *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, vol. 11.

Qui a pagina 532, a proposito dei fini e delle aspettative conclusive dell’analisi, Freud afferma “*Non intendo sostenere che l’analisi sia comunque un lavoro che non finisce mai. Qualunque sia la posizione che assumiamo sul piano teorico riguardo a questo problema, la fine di un’analisi, è, a mio avviso una faccenda che riguarda la prassi. Ogni analista che abbia esperienza riuscirà a ricordare una serie in cui, rebus bene gestis [fatte le cose per bene], ha preso definitivamente congedo dal suo paziente. La prassi si scosta assai meno dalla teoria nei casi di cosiddetta analisi del carattere. Qui, pure evitando le aspettative esagerate e pur non ponendo all’analisi compiti estremi, non è facile prevedere una fine naturale. Il nostro obiettivo non dovrà essere quello di livellare tutte le specifiche particolarità individuali a favore di una schematica “normalità”, o addirittura di pretendere che l’individuo “analizzato a fondo” non senta più alcuna passione e non sviluppi alcun conflitto interno. L’analisi deve determinare le condizioni psicologiche più favorevoli al funzionamento dell’Io; fatto questo, il suo compito può dirsi assolto*”.

⁵ Rycroft C. (1968) *Imagination and reality*. New York: International Universities Press.

plicemente come lo studio della relazione d'oggetto. Nancy McWilliams⁶ ad esempio scrive che “la concezione freudiana ruota attorno all’osservazione che ciò che non è coscientemente ricordato rimane attivo nell’inconscio, trova espressione [in modo mascherato] nei sintomi, nella messa in atto e nella ripetizione di scenari precoci. Il presente viene frainteso alla luce dei pericoli percepiti [reali o immaginari] e dalle offese del passato” [p. 338; aggiunte del curatore].

La stessa autrice dà una definizione della psicoanalisi che sento molto calzante con l’esperienza clinica, chiamandola *l’arte del possibile*, secondo la quale

“la terapia [psicoanalitica] non consiste soltanto nel rendere cosciente l’inconscio [come, inizialmente sosteneva Freud]; essa esige che muti la convinzione del paziente di doversi vergognare di ciò che ha portato alla coscienza”. [p. 338; aggiunte del curatore].

Il progetto di questo *commentario* è di dare un quadro dei principali funzionamenti della mente e di come questi processi si intrecciano per strutturare l’identità personale, commentati appunto sulla base delle descrizioni della psicologia psicoanalitica freudiana contemporanea (da Freud a Sandler).

Il motivo di scegliere una specifica linea di pensiero psicoanalitico deriva da una serie di problemi di natura diversa presenti nella psicoanalisi: il primo fra tutti è che, all’oggi, *non esiste un modello psicoanalitico univoco*, ossia condiviso da tutti gli psicoanalisti, a proposito del funzionamento mentale. Come è noto, lo stesso Freud aveva fornito almeno tre modelli di funzionamento mentale nel corso della sua carriera scientifica, dei modelli molto diversi riconducibili a tre differenti schemi di riferimento dell’apparato psichico. È quindi utile premettere che ho potuto qui fornire solo una delle molte letture che possono essere offerte sui funzionamenti inconsci dell’individuo. Come credo sia necessario per stabilire la coerenza interna ad ogni disciplina scientifica verranno qui di seguito sottolineati alcuni *elementi invarianti*, riferibili alle basi comuni tra le diverse correnti di pensiero all’interno della psicoanalisi. In alcune sezioni del testo, verranno dati dei sintetici ragguagli sugli elementi che permettono invece di differenziare le diverse scuole presenti in chi si riconosce in un pensiero psicoanalitico. Discuteremo nella sezione dedicata alla *Ricerca in psicoanalisi*, i delicati e complessi temi di natura tecnica, metodologica e epistemologica che riguardano la scelta del *proprio* modello da parte dello psicoanalista⁷.

Ora torniamo alle cose di base.

Quali sono, a fronte delle miriadi di formulazioni psicoanalitiche sul funzionamento dell’apparato psichico, le *prerogative* della psicoanalisi, ossia quegli

⁶ McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.

⁷ Si veda nel capitolo 3, “Il mio orientamento in psicoanalisi”.

elementi che accomunano le formulazioni teoriche delle diverse scuole di pensiero psicoanalitico?

- (1) La prima che menzionerei è che la *psicoanalisi si occupa della vita soggettiva* (ossia del mondo interiore all'individuo). Il *mondo interno* dell'individuo è composto da esperienze che non sono condivisibili da altri: sono esperienze "vere" solo per la persona che le vive "di prima mano" e possono essere vissute quindi solo "dall'interno". Questa è la *prospettiva in prima persona* dell'esperienza psichica ("io sono e funziono così"). Altre discipline del sapere, quali le neuroscienze, la medicina, la psicologia sperimentale, privilegiano lo studio della realtà oggettivabile, relativa cioè a quello che può essere osservato nel mondo esterno (dove includiamo nel mondo esterno, anche il nostro corpo e il suo interno, per come può essere osservato attraverso le procedure di visualizzazione di specifici settori somatici come la TAC o la Risonanza magnetica). Tutti questi studi sono condotti secondo una *prospettiva in terza persona* ("esso è così e funziona così"). Tuttavia, come vedremo nel capitolo 2, la prospettiva in terza persona (rivolta al mondo esterno) può essere mantenuta solo attraverso i nostri sensi⁸. I nostri sensi, quelli rivolti verso l'esterno, come la vista, l'udito, che ci permettono di percepire il mondo esterno, sono soggetti alle leggi della *prospettiva in prima persona*, cioè in particolare alle distorsioni provenienti dalle pulsioni, dall'inconscio e dalle difese psichiche. In questo senso, anche la più corretta indagine scientifica è pur sempre legata alla incorretta prospettiva di realtà dello scienziato. Vedremo che le scienze empiriche si avvalgono di accorgimenti (tecnici, statistici, etc.) per ovviare a queste possibili interferenze date dalla prospettiva soggettiva dell'osservatore, a spese del fatto di dover elidere dalla visuale osservativa la componente soggettiva delle informazioni. La psicoanalisi, occupandosi proprio della vita soggettiva, non può permettersi questo (si veda capitolo 2). In questo senso, potremmo forse affermare che la psicoanalisi si occupa maggiormente di una *prospettiva relazionale in seconda persona* ("tu funzioni così con me").
- (2) Un'altra prerogativa del pensiero psicoanalitico è data dall'interesse rivolto all'*Inconscio*, in altre parole ai meccanismi della mente sotto la soglia della coscienza. La psicoanalisi può essere concepita come una *psicologia generale* (poiché studia l'attività psichica rivolta sia verso il mondo esterno oggettivabile, sia verso il mondo interno soggettivo). La psicoanalisi prevede l'esi-

⁸ Le sofisticate apparecchiature che ci permettono di "vedere" l'interno del corpo umano, e i suoi funzionamenti, come la Risonanza Magnetica funzionale, sono in fondo delle speciali *protesi* che *aumentano* le potenzialità dei nostri sensi.

stenza di un *apparato mentale* dotato fundamentalmente di un funzionamento per la gran parte *inconscio*, che tuttavia si manifesta con fenomeni mentali e comportamenti osservabili, che sono legati tra loro da *nessi causali*, secondo il principio del *determinismo psichico*⁹.

Pieralisi, rifacendosi al pensiero di Sandler, ad esempio sostiene che la “psicoanalisi è una psicologia generale che, pur riferendosi ad uno specifico metodo terapeutico, ad una serie di teorie relative alla psicopatologia, e ad un insieme di dati raccolti con la tecnica psicoanalitica, tenta anche di capire e di spiegare i fenomeni psicologici normali non meno di quelli anormali. Un primo concetto basilare è l’assunto dell’esistenza nell’individuo di un apparato psichico; si sostiene in altre parole che i fenomeni psicologici implicano un apparato psicologico che li produce. Il concetto d’apparato psichico corrisponde al concetto che ha il fisiologo del sistema cardiovascolare, digestivo ecc. Dal punto di vista psicoanalitico si può affermare che la psicologia è lo studio dell’apparato psichico e del suo funzionamento, così come discipline quali la fisiologia, l’anatomia e la biochimica studiano gli apparati fisici e le loro funzioni. Il concetto d’apparato psichico implica l’idea di processi che coinvolgono *strutture psicologiche*, vale a dire organizzazioni psicologiche stabili o con un ritmo di cambiamento molto lento. Un altro assunto collegato all’ipotesi di un apparato psichico è quello dello *sviluppo*, da relativamente semplice nel primo periodo della vita a maggiormente complesso in seguito; l’apparato psichico può modificarsi e il suo sviluppo avviene sia in funzione della maturazione, sia delle forze che intervengono nell’adattamento psichico.”¹⁰.

Esiste quindi un ordine cui l’apparato psichico tende, e che è sotteso anche ai comportamenti umani apparentemente più incoerenti (quali il delirio, le allucinazioni, il suicidio, l’autolesionismo e altri). La psicoanalisi, a partire dallo studio dell’isteria, ha da sempre cercato l’ordine dietro il caos apparente, quell’ordine che sfuggiva ai metodi di indagine della scienza empirica all’epoca delle prime scoperte di Freud. La concezione di *adattamento intrapsichico* appare particolarmente significativa ed esplicativa: l’apparato psichico mira a mantenere il massimo livello possibile di sentimenti di *benessere* e di

⁹ Il *determinismo psichico* prevede che ogni atto ha un senso nel comportamento umano, che ogni fenomeno evidente, o mancato, ha una motivazione dettata da un atto mentale precedente. Quello che la psicoanalisi aggiunge a questo concetto filosofico di base è che in una grande quota di casi questi atti possono avere una base inconscia.

¹⁰ Pieralisi G. (2009) *Elementi di psicoterapia psicoanalitica di gruppo*. Ravenna: Pubblicazione Web nel sito della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica (<http://scuolapsicoterapiaravenna.net>).

sicurezza¹¹, ove per benessere intendiamo una condizione mentale caratterizzata da livelli minimi di ansia e conflitto, mentre per sicurezza, quello stato psichico di equilibrio stabile e duraturo nei funzionamenti psichici.

L'apparato psichico tende quindi a mantenere quanto più fisse e stabili le variazioni di questi sentimenti nella regolazione omeostatica del proprio funzionamento; tale fatto, come vedremo, giustifica la formazione di soluzioni adattative, che sono, se viste dall'esterno anche le più strane, bizzarre, e meno condivisibili o accettabili socialmente, ma diventano comprensibili se associate alla struttura del carattere, alla storia e al mondo interno di una specifica persona. Infatti, i comportamenti più inconsueti ed *egodistonici*¹² risultano più spiegabili se si considerano come al servizio di modalità adattative adoperate nell'infanzia. Queste soluzioni mirano a garantire il *massimo livello disponibile di sicurezza per quel bambino specifico nel suo particolare contesto affettivo e relazionale*. L'adattamento intrapsichico prevale in importanza per la vita soggettiva della persona sull'adattamento interpersonale e sociale: basti pensare all'esempio estremo dei pazienti affetti da catatonia che non muovono un muscolo per tutto il giorno – con un dispendio di energie enormi e un disagio spaventoso in termini di benessere personale e sociale – pur di prevenire qualsiasi modifica percettiva, vissuta come potenzialmente destabilizzante e pericolosa, per il proprio precario equilibrio interno.

- (3) La terza caratteristica che, a mio avviso, caratterizza la disciplina psicoanalitica in modo esclusivo, è che l'Inconscio di cui parlano gli psicoanalisti, è un *inconscio dinamico*. L'aspetto precipuo dell'Inconscio dinamico è che una particolare esperienza mentale (e una quota affettiva ad essa associata), possa essere allontanata dalla coscienza in una "zona" della mente diversa dalla coscienza, ad opera di una forza motivazionale, e ivi mantenuta attivamente per mezzo di una controforza di intensità eguale e contraria, ad opera sostanzialmente di processi di carattere inibitorio. Queste controforze sono rappresentate nelle *difese psicologiche* che hanno lo scopo adattivo di promuovere il funzionamento dell'individuo, "immunizzandolo" in un certo senso, da sollecitazioni perturbanti o destabilizzanti, intollerabili se si avvicinano troppo alla consapevolezza cosciente. Se queste sollecitazioni invadessero la coscienza dell'individuo metterebbero a repentaglio i processi cognitivi e affettivi della persona e, in ultima analisi, le capacità adattative della per-

¹¹ Sandler J. (1960) The background of safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 352-356. Tr. It. in Sandler J. "La ricerca in psicoanalisi". Torino: Bollati e Boringhieri.

¹² I termini *egosintonico* o *egodistonico*, si applicano a delle esperienze soggettive che vengono percepite rispettivamente come in sintonia con l'Io, ovvero come non accette dall'Io e dalla coscienza della persona.

sona: l'apparato psichico questo non lo permette mai. La psicopatologia non esprime un fallimento delle capacità adattative dell'apparato psichico, ma ci dice solo *come* l'apparato psichico *riesce* a ripristinare l'omeostasi affettiva (a volte attraverso modalità altamente regressive come nella psicosi).

Questa concezione di gioco di "forze e controforze" differenzia l'Inconscio dinamico, ad esempio dall'*Inconscio cognitivo*, ossia dalle teorizzazioni dei meccanismi e degli automatismi presenti in tutti i sottoprocessi delle maggiori funzioni cognitive (quali l'attenzione, la percezione, la memoria, il linguaggio, etc.). Possiamo anticipare degli argomenti che verranno trattati nel capitolo 5, che mentre i contenuti rimossi dell'inconscio dinamico fanno parte dell'*ambito esperienziale* dell'apparato psichico, le componenti inconscie delle funzioni cognitive fanno parte dell'*ambito non esperienziale*, quello dove operano i processi mentali, le funzioni e i meccanismi psicologici.¹³

(4) *La psicoanalisi è una psicologia relazionale*: non si tratta quindi di una psicologia che studia la persona in quanto *individuo a se stante*, bensì si basa su di un modello della mente in interazione con una o più altre menti (bi-personale nello specifico della terapia psicoanalitica, oppure pluripersonale nel caso della psicoanalisi dei gruppi o delle istituzioni). Nella psicoanalisi contemporanea, l'unità di misura di base è quindi la relazione e non si basa quindi più sullo studio del comportamento del singolo individuo, bensì di uno specifico individuo che viene considerato *sempre* impegnato, attraverso un dialogo interno, in *relazione a un altro* (anche in assenza della presenza fisica dell'altra persona).

La *relazione* rappresenta quindi l'unità di misura "minima" dello studio psicoanalitico della persona, l'*atomos* (l'inscindibile) della psicoanalisi. Il concetto di *desiderio* è invece l'unità di misura dinamica della relazione, ossia comporta il cambiamento nel tempo e nello spazio di una relazione soggettiva. Se la relazione è l'espressione della "fotografia" interna di un aspetto comportamentale o sentimentale di un individuo, il desiderio ne rappresenta il "filmato". La *relazione desiderata*, quindi cangiante attimo per attimo, del soggetto con *un altro da Sé* funge quindi da *matrice* per tutti i derivati di superficie (percezioni, comportamenti, sintomi, etc.) vissuti dall'individuo. Per capire, infatti, la natura di una specifica manifestazione umana è necessario considerarla derivata da un processo relazionale dove vi siano almeno quattro sottocomponenti (le "particelle subatomiche" della relazione): (a) una *rappresentazione interna del soggetto* nella relazione considerata (si intende per questo una particolare immagine di Sé, di noi stessi – spinti da un bisogno, da un'esigenza o da un movente specifico – in un'azione finalizzata

¹³ Si veda a nel capitolo 3, "Il modello metapsicologico di Joseph Sandler".

ad una meta); (b) la spinta stessa, o *urgenza* motivazionale (la *pulsione*, direbbe Freud) che porta il soggetto a cercare qualcosa che lo possa aiutare a risolvere il problema posto dall'insorgenza di un bisogno urgente; (c) l'*oggetto* della relazione (ossia un significativo oggetto desiderato nella vita psichica dell'individuo) che possa gratificare la spinta motivazionale in atto; e infine (d) la reazione di ritorno, ovvero quella la risposta attesa da parte dell'oggetto in grado di soddisfare il bisogno in atto. Le componenti $[b \leftrightarrow d]$; (il bisogno soggettivo e la reazione oggettiva attesa dal soggetto)] compongono quindi la *fantasia di desiderio* (alla base del comportamento manifesto, e di cui l'individuo può essere anche del tutto inconsapevole; si veda la Figura 1).

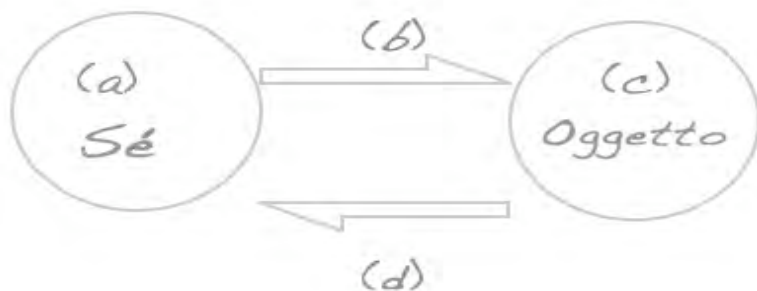


Figura 1: La relazione

L'unità di base minima e indispensabile nella teoria psicoanalitica per definire le relazioni oggettuali: (a) rappresentazione del soggetto; (b) la spinta motivazionale soggettiva; (c) l'*oggetto* della relazione; (d) la reazione specifica, attesa dall'oggetto, al bisogno in questione; $(b \leftrightarrow d)$ compongono la *fantasia di desiderio*.

La fantasia di desiderio sottostà al principio dell'*identità di percezione*, in altre parole della tendenza inconscia a risperimentare¹⁴ le esperienze percepite come gratificanti. Lo *sforzo di conseguire l'identità di percezione* è un'incessante attività mentale che mira al ripristino di relazioni e condizioni di vita visse in momenti critici dell'infanzia, e che hanno costituito le modalità di base, uniche per ogni persona al fine di mantenere un livello minimo indispensabile e sufficiente di benessere e sicurezza.

¹⁴ Ovviamente gran parte delle fantasie di desiderio sono impiegate anche per evitare ogni insuccesso o frustrazione delle stesse modalità difensive e di autoconservazione.

Se prendiamo come unità di base la relazione, vi è una fondamentale differenza tra la psicoterapia psicoanalitica e le altre psicoterapie dal punto di vista della tecnica e della metodologia.¹⁵ Come psicoterapia, la psicoanalisi si differenzia dalle altre psicoterapie non tanto per aspetti di *tecnica*, quanto per aspetti di *metodologia*.¹⁶ Per *tecnica* in psicoterapia si intende tutto l'insieme degli accorgimenti, situazioni, regole che lo psicoterapeuta adotta con i suoi pazienti e che, in certe occasioni, restituisce loro in termini razionali nella forma di interpretazioni. In psicoanalisi si tratta di specifiche interpretazioni della realtà (da intendersi, come la realtà soggettiva e interpersonale per come si dispiega nel rapporto analitico). Ogni interpretazione della realtà risente della particolare teoria sui funzionamenti del mondo di relazione che lo scienziato si è razionalmente costruito nella propria mente. La teoria psicoanalitica quindi è strettamente interconnessa agli aspetti tecnici del trattamento psicoanalitico. L'acquisizione di una "tecnica" da parte di uno psicoterapeuta si basa infatti sulle conoscenze derivanti dalle teorie ufficiali avute nel corso della formazione e riguardanti il funzionamento di ciò che è stato insegnato al terapeuta per comprendere il paziente, o sulle esperienze del terapeuta con un determinato paziente; la tecnica di uno psicoterapeuta si struttura a partire dalle proprie credenze, dalle proprie convinzioni personali (spesso si fonda anche su pregiudizi), dagli insegnamenti avuti dei propri tutori o supervisori e non ultimo dall'esperienza di analisi personale. È facile comprendere dal numero di variabili in gioco che, nella stessa psicoanalisi, le tecniche di psicoterapia sono in realtà innumerevoli e, in sostanza ogni rapporto tra analista e paziente, in fondo, non dovrebbe rifuggire da una tecnica "personalizzata". Questo è uno dei motivi per cui questo "commentario" pur essendo rivolto allo studente non contiene una sezione specifica dedicata al *setting* psicoanalitico: in quanto derivato della tecnica non esiste una definizione univoca del *setting*, né uno schema di riferimento generale e prefissato dell'incontro tra psicoanalista e paziente. Siamo invece dell'avviso che la psicoanalisi come scienza non è condizionata né da una particolare teoria, né dall'uso della tecnica: la conoscenza della psicoanalisi deriva dalla particolare metodologia adottata. Per *metodologia* si intende qui una particolare modalità di avvicinarsi alla conoscenza di un oggetto di studio: nel nostro caso, alla comprensione del paziente. Se, come abbiamo accennato, le tecniche in psicoterapia sono innumerevoli (potrem-

¹⁵ Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35-46.

Sandler, J. (1992). Reflections on Developments in the Theory of Psychoanalytic Technique. *International Journal of Psycho-Analysis* 73: 189-198.

¹⁶ Zanettovich A. (2009) Comunicazione personale. Trieste: Supervisioni di gruppo.

mo dire, tante quante sono gli psicoterapeuti e i pazienti), di metodologie scientifiche ve ne sono solo due: (1) la *metodologia per identificazione* e la (2) *metodologia per manipolazione*. Entrambe queste metodologie, a nostro modo di vedere, costituiscono un *metodo scientifico* di comprensione dell'oggetto del proprio studio. In psicoterapia, la metodologia per manipolazione prevede che lo psicoterapeuta (sostanzialmente usando il metodo deduttivo – a partenza dalla teoria – o il modello induttivo – a partenza dalle osservazioni) possieda un'ipotesi prestabilita per verificare se questa possa poi essere confermata dal paziente. La metodologia per manipolazione si prefigge quindi di raggiungere degli obiettivi normativi per il paziente, che siano coerenti con la teoria di riferimento (obiettivi che possono riguardare il benessere, i funzionamenti mentali, la relazione di coppia, eccetera) e prevede una qualche “*manipolazione*”¹⁷ di un parametro (ad esempio, di uno stile di comportamento del paziente) atta a comprendere gli effetti di questa modificazione indotta. Gli esiti di questa *manipolazione* possono poi coincidere con quelli attesi, o non essere in linea con le aspettative date dalla teoria originaria, che in questo caso va riveduta e riformulata sulla base dei nuovi elementi emersi. Nella pratica psicoterapica, quindi, la manipolazione può richiedere suggerimenti o consigli, il terapeuta può fornire strategie di auto-aiuto, o ancora, proporre tutto quanto il terapeuta ritiene utile per lo sviluppo del paziente nell'attuazione degli obiettivi preposti. Il metodo per manipolazione sostanzialmente ricalca il *metodo sperimentale*, ed è un metodo valido ove non si proceda dogmaticamente imponendo al paziente delle manipolazioni in conformità a dei pregiudizi del terapeuta. Tale metodo, infatti, persegue l'ottenimento di leggi analogamente a quanto avviene nelle scienze naturali che studiano il mondo sensibile (o mondo esterno), e si basa sull'applicazione e l'estensione al singolo individuo di concetti scoperti in approfondite ricerche che, in genere, si compiono su ampi campioni di soggetti. La metodologia per manipolazione è analoga a quello che, nella pratica medica, porta, ad esempio, all'adozione di precisi *protocolli terapeutici* per contrastare una malattia. Se questo metodo trova la sua massima utilità nel giungere a delle *generalizzazioni*, ovvero a delle leggi che valgano per tutti, in questa stessa prerogativa troviamo tutti i limiti di questo modo di procedere: esso mal si presta allo studio dell'individuo con la sua vita soggettiva, che è unica e irripetibile per ciascuno di noi. Come anche il più “*organicista*” dei medici sa, per applicare efficacemente il protocollo al singolo paziente, è necessaria una buona dose di conoscenze nozionistiche, ma anche tanta

¹⁷ Il termine *manipolazione* non va inteso qui nel senso di un generico condizionamento del paziente, ma nel senso che il terapeuta propone una manipolazione di una variabile nella vita del paziente.

esperienza diretta proveniente da altri pazienti. Tutto questo fonda la nostra conoscenza implicita preconscia, che ci permette di accedere alle funzioni della creatività e dell'intuito. Questi aspetti riportano ogni trattamento clinico, quando viene applicata al singolo individuo, in ultima analisi, più a un'arte, che all'esecuzione di un algoritmo.

La psicoanalisi si basa su una metodologia psicoterapica differente, ovvero il metodo *per identificazione*. La comprensione del paziente durante il trattamento psicoanalitico si basa sulla identificazione da parte del terapeuta di quello che prova il paziente. Il metodo per identificazione è quindi induttivo, e non si basa su di una teoria generale precostituita.¹⁸ In questo senso, alcune affermazioni, spesso indubitabilmente provocatorie, fatte da psicoanalisti possono risultare disorientanti per il profano. Bion¹⁹, ad esempio, soleva affermare che “*parlare di teoria ai pazienti, significa che non si sta capendo nulla*”; sempre Bion diceva che “*in analisi non bisogna avere né memoria né desiderio*”. Michels²⁰ sostiene che “*la metapsicologia²¹ non serve a nulla nella pratica clinica e nell'effettiva comprensione del paziente*”. Chi viene da una formazione empirica ed è avvezzo al metodo sperimentale rimane in genere perplesso e disorientato da queste affermazioni, che proclamano che il metodo adottato dalla psicoanalisi *rifugge* quindi da schemi e da teorie precostituiti (che ricordiamo, sono invece il punto di partenza degli studi empirici). Ma questa è proprio l'essenza del ‘percorso’ psicoanalitico: il lavoro consiste nello scoprire insieme (terapeuta e paziente) una “comune” teoria mediante la costruzione di una relazione nuova e singolare, una storia tracciata su di un solco che mira ad allontanarsi quanto più possibile da un copione già scritto. È bene in questi casi ricordare che il terapeuta, almeno quando è in presenza del suo paziente, non sta lavorando con le astrazioni del mondo dei concetti e delle teorie, né con la concretezza degli stimoli del mondo esterno.

¹⁸ Questa può sembrare un'affermazione paradossale vista la preponderante importanza che è da sempre stata data dalle diverse scuole di psicoanalisi alla verità della propria teoria in contrapposizione con le altre teorie perseguite da scuole, magari sempre psicoanalitiche, di orientamento diverso. Vedremo nel capitolo successivo come le teorie ufficiali, quelle convenzionalmente condivise da un gruppo di psicoanalisti, a volte può guidare la comprensione del paziente, altre volte la può oscurare, specialmente se esse impediscono al terapeuta di comprendere quanto avviene nell'identificazione con il proprio paziente.

¹⁹ Bion W. R. (1962) *Learning from Experience*, London: Heinemann; trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando, 1972.

²⁰ Michels R. (2008) Presentation on “The Self in conflict: neuropsychoanalytic perspectives,” The 9th International Neuropsychoanalysis Congress. Montreal July 25-28, 2009. Proceedings. London: Karnac.

²¹ La *metapsicologia* è il nome dato da Freud al quel campo della disciplina psicoanalitica che descrive l'architettura funzionale dell'apparato psichico e che definisce le leggi che governano i suoi funzionamenti.

È un lavoro *tra* questi elementi che, ovviamente fanno parte della vita degli individui, ma dove si dà maggiore spazio alla comprensione della relazione e dei funzionamenti del *singolo individuo in quella specifica relazione*. Il metodo per identificazione pertanto consta da parte del terapeuta di cercare di comprendere che cosa si prova *a essere quel paziente*, a provare da parte del terapeuta a essere *un'altra mente, un altro da Sè*. Solo in un secondo tempo, attraverso una *de-identificazione* da parte del terapeuta, è possibile anche restituire al paziente quanto compreso, con *timing*, ovvero rispettando i tempi di assimilazione del paziente, scegliendo il momento adatto affinché il paziente possa accogliere l'interpretazione. Questo scambio, dà al paziente un punto di vista alternativo del mondo al suo, permettendogli di identificarsi con lo sforzo di comprensione del terapeuta, in questo modo progressivamente introiettandolo. Questi scambi riguardano le credenze, le convinzioni, e i funzionamenti del paziente, ossia tutto quello il terapeuta riesce a comprendere e che facilitano la costruzione della teoria comune²², quella specifica *realtà relazionale* in continuo divenire²³.

- (5) L'ultimo tra i concetti fondamentali della psicoanalisi è che nei fenomeni mentali (nelle idee, nel pensiero e nelle fantasie alla base del comportamento) vi sia un'*inscindibilità della componente cognitiva da quella affettiva*. Questo significa che, se il nostro apparato psichico non possedesse un sistema di attribuzione del valore emotivo-motivazionale (le nostre emozioni), le nostre rappresentazioni cognitive (le immagini delle cose o delle persone che abbiamo in mente, oppure le parole che compongono il nostro linguaggio e il pensiero verbalizzabile) sarebbero prive di significato; in sostanza, *noi percepiamo nel mondo solo ciò cui attribuiamo un valore affettivo*. Senza emozioni, noi non saremmo consapevoli del mondo che ci circonda. È altrettanto vero che se non avessimo una qualche rappresentazione cognitiva, se non ci facessimo, cioè, un'idea di quello che proviamo, le nostre emozioni e il nostro comportamento sarebbero ciechi, e agiremmo inconsapevolmente come Edipo nella tragedia di Sofocle. Potremmo dire sulla scorta di questo esempio che una rappresentazione mentale (un'immagine di un oggetto, di una persona, di una scena o di una parola) cui non sia attribuito un valore affettivo non potrebbe continuare a esistere come esperienza soggettiva²⁴. A

²² A proposito delle teorie del paziente e dell'analista durante l'analisi si veda nel capitolo 2, "Teorie private e teorie ufficiali della tecnica psicoanalitica".

²³ Si veda anche il Capitolo 6 (L'identificazione e altre internalizzazioni).

²⁴ Se queste considerazioni possono apparire permeate da toni filosofici, astratti, o retorici, credo che valga la pena di ricordare che numerosissime persone (addirittura intere porzioni della società, almeno di quella occidentale) sono così tanto portati a privilegiare aspetti razionali ed intellettuali, che oggi non è difficile assistere a espressioni collettive di un globale

questo proposito, a differenza da quanto da qualcuno erroneamente inteso, la psicoanalisi non trascura gli aspetti cognitivi della vita di relazione della persona. Ciò che fa della psicoanalisi una *psicologia generale* è proprio il tentativo di integrare gli elementi e i fenomeni alla base del funzionamento dell'apparato psichico: tra il conscio e l'inconscio, tra aspetti cognitivi e quelli affettivi, tra la realtà esterna e quella interna, tra l'oggettivo e il soggettivo, tra le nostre esperienze e i nostri elementi strutturali²⁵. Lo sforzo di avvicinare e armonizzare questi diversi aspetti di sé rappresenta peraltro una sfida che ogni individuo si pone nel corso di tutta la vita.

restringimento della vita affettiva, e del valore delle emozioni e dei sentimenti nei rapporti umani, privilegiando l'*apparire*, il *fare*, l'*agire* e il *rendimento*, a scapito del *pensare* e del *comprendere*.

²⁵ Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int. J. Psychoanal.*, 64:35-46.

2. La ricerca in psicoanalisi

«Una vita senza ricerca non è degna per l'uomo di essere vissuta.»

Platone

«Perché una realtà non ci fu data e non c'è; ma dobbiamo farcela noi, se vogliamo essere;
e non sarà mai una per sempre, ma di continuo e infinitamente mutabile...» Luigi Pirandello

RICERCA SCIENTIFICA E PSICOANALISI

Questo capitolo si prefigge di esaminare come la tecnica e la teoria psicoanalitica possano evolvere mediante la ricerca. Prima di tutto, deve essere definito cosa intendiamo per “ricerca” in ambito psicoanalitico. Innanzitutto va specificato qual è l’oggetto della “ricerca” in psicoanalisi: una ricerca analitica mira alla convalida sulla base dell’esperienza di lavoro con il paziente di qualcosa che possa ritenersi “vero”, sia per l’analista, sia per il paziente. La ricerca in psicoanalisi riguarda quello che accade nella relazione psicoanalitica, in questo senso è una ricerca di *verità*. La verità di cui si tratta qui non è *la Verità*, con la “V” maiuscola, quella generalizzabile sui fenomeni mentali (di cui si occupano effettivamente gli scienziati empiristi o i filosofi) ma *una verità*, cui in aggiunta mettiamo la “v” minuscola (non perché sia meno importante, ma solo perché non è generalizzabile, perché riguarda ciò che avviene nella vita personale di un individuo, con la sua specifica storia, le sue difficoltà, i suoi disagi attuali) *per come viene vissuta all’interno della relazione analitica*. Questa verità fa anch’essa parte degli eventi naturali, anche se non può essere in realtà condivisa da nessun altro al di fuori della relazione analitica (almeno non direttamente). In questo senso, introduciamo qui un’affermazione piuttosto forte: *l’unico modo di fare ricerca psicoanalitica riguarda lo studio della relazione psicoanalitica da parte dello psicoana-*

lista con un suo specifico paziente²⁶. L'unica vera ricerca consiste, quindi, nella riflessione che può essere condotta dall'analista su quello che accade nella psicoterapia psicoanalitica stessa. In altre parole la tecnica analitica trova le sue tesi confutate o comprovate solo all'interno della relazione stessa.

Già nella sua definizione appare quindi chiaro che questo approccio di ricerca contiene tutti i limiti della metodologia per identificazione: esso non può essere descritto esternamente al campo psicoanalitico stesso senza subire una qualche distorsione (della verità intrinseca alla relazione specifica tra terapeuta e paziente). In un certo senso, non si può quindi parlare di psicoanalisi senza distorcerne, in una qualche misura, i contenuti e le verità intrinseche che sono proprie solo di quella relazione specifica. In questo senso, i limiti della ricerca in psicoanalisi sono gli stessi della nostra percezione e ci ripresentano la questione filosofica del dualismo cartesiano (che distingue e separa l'ambito del pensiero e quello della materia che lo genera – il cervello), ovvero del monismo (ove si sostiene che il cervello e la mente siano la stessa "cosa"). Non è mia intenzione entrare in queste questioni di natura filosofica, tuttavia ritengo che il punto di vista sopra esposto ricada in un ambito di monismo, e in particolare di monismo dal duplice aspetto percettivo (dual-aspect monism).

Per una sua esposizione più sistematica di questo punto di vista mi rifaccio al citato testo di Solms e Turnbull²⁷

Il monismo dal duplice aspetto percettivo suggerisce che noi siamo costituiti da un unico tipo di materia (cosa che giustifica la denominazione di monismo), ma propone in aggiunta che tale materia viene in realtà percepita secondo due modalità differenti (per questo si tratta di un monismo percettivamente duale). Il punto importante da comprendere di questa posizione – per altri versi del tutto coerente – è che essa implica che nella nostra essenza noi non siamo in realtà né esseri mentali né esseri fisici (almeno non nel senso in cui comunemente usiamo questi termini). Questa considerazione richiede degli approfondimenti. Il monismo dal duplice aspetto percettivo (come lo intendiamo qui) implica che il cervello [o meglio, il cervello/mente] sia costituito da una materia che ci appare "fisica" quando viene osservata dall'esterno (come un oggetto), mentre ci appare "mentale" quando viene vista dall'interno (dal soggetto). Quando mi percepisco dall'esterno (allo specchio, per esempio) oppure dall'interno (attraverso l'introspezione), sto percependo la medesima cosa in due modi diversi (come corpo e come mente, rispettivamente). Questa distinzione tra la mente e il corpo è perciò un artefatto della percezione. Il mio apparato percettivo esterno mi vede (vede il mio corpo) come un'entità fisica, mentre

²⁶ Monteverde, M. (2006). Comunicazione personale. *Supervisione nei gruppi clinici della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adulto*. Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica e Metodologia Istituzionale. Milano: Via Ariosto 6.

²⁷ Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York: Other Press. Trad. It. (a cura di Clarici A.) *Il cervello e il modo interno*. Milano Raffaello Cortina Editore. 2003.

il mio apparato percettivo interno mi sente (sente il mio sé) come un'entità mentale. Queste due cose sono in effetti la stessa cosa – di fatto nella realtà esiste un unico “me” – ma poiché io sono anche la cosa che sto osservando, mi percepisco simultaneamente da due punti di vista differenti. Il problema non sorge quando osserviamo le altre cose, poiché esse non fanno parte di noi. Ma allora, di che cosa siamo veramente fatti? Questa è la domanda importante che i fautori del monismo dal duplice aspetto percettivo pongono alla scienza. Noi non siamo in grado di avere una conoscenza della materia di cui siamo fatti senza prima rappresentarcela attraverso una delle nostre modalità percettive: ciò significa che, di fatto, non possiamo mai sfuggire all'artefatto della dicotomia mente-corpo. Poiché non possiamo mai trascendere i limiti dei nostri sensi, non possiamo neanche mai percepire in modo diretto la sottostante materia mente-corpo. Possiamo quindi unicamente fare delle inferenze sulla natura dell'entità che genera le nostre percezioni – entità che chiamiamo “apparato mentale umano” – per trarre delle conclusioni sulla organizzazione anatomica e funzionale. Ora, tutte queste deduzioni si basano unicamente sui dati che ci provengono dalla nostra percezione (ossia dall'osservazione scientifica). Pertanto, la nostra rappresentazione dell'apparato stesso sarà sempre di tipo figurativo, sarà cioè sempre un modello. [Pp. 64-65; le aggiunte tra parentesi quadre sono del curatore]

Consci di queste limitazioni, inevitabilmente poste dall'artefatto percettivo, e dell'impossibilità a evitare un certo grado di distorsione dalla realtà, da qualche parte bisogna pur incominciare per cercare di trasmettere quelle che sono state le effettive conoscenze che ci sono venute dalla psicoanalisi. Freud²⁸ stesso, a questo proposito, dopo aver fornito un numero di esempi dettagliati sui funzionamenti dell'attività mentale, affermava:

“La psicoanalisi si fonda su di un assunto, la discussione del quale è riservata al pensiero filosofico ma che richiede una giustificazione dei risultati. Noi conosciamo due aspetti di ciò che chiamiamo la nostra psiche (o la vita mentale): innanzitutto, il suo organo corporeo con il suo scenario, il cervello (o sistema nervoso) e, in secondo luogo, i nostri atti di coscienza, che sono dati dagli eventi in corso e non possono essere ulteriormente rimandati a nessun altro tipo di descrizione. Tutto quello che giace tra questi due estremi ci è sconosciuto e non è data alcuna relazione diretta tra questi due punti terminali del nostro sapere. Se tale relazione esistesse, essa ci permetterebbe al massimo di fornire l'esatta localizzazione dei processi di coscienza e non ci darebbe nessun ulteriore aiuto riguardo la loro comprensione. Le nostre due ipotesi incominciano da questi punti terminali o iniziali della nostra conoscenza. Il primo riguarda appunto la localizzazione. Assumiamo che la vita mentale sia l'espressione funzionale di un apparato a cui ascriviamo le caratteristiche di essere esteso nello spazio e di essere composto da diverse componenti che potremmo raffigurarci, cioè, come qualcosa che assomiglia a un telescopio o a un microscopio o a qualcosa di simile. Senza trascurare alcuni tentativi precedenti in questa stessa direzione, un'elaborazione seria di un concetto di questo tipo rappresenta una novità nella scienza. [p. 572]

²⁸ Freud, S. (1938) Compendio di psicoanalisi. OSF, vol. 11.

Freud continua, formulando una seconda ipotesi fondamentale:

Abbiamo descritto la struttura dell'apparato psichico, l'energia e le forze che sono attive in esso e ho tracciato con esempi convincenti il modo in cui quelle energie (in particolare, la libido) si organizzano in una funzione fisiologica che serve lo scopo di preservare la specie. Non vi è nulla in tutto ciò che dimostri la qualità del tutto peculiare di ciò che è psichico, fatta eccezione, naturalmente, per il fatto empirico che questo apparato e queste energie sono la base delle funzioni che descriviamo come la nostra vita mentale. Ora mi occuperò di qualcosa che è caratteristico specificatamente di ciò che è psichico e che, di fatto, secondo un'opinione ampiamente condivisa, coincide con esso al punto da escludere tutto il resto. Il punto di partenza per questa indagine è fornita da un fatto senza paralleli, che supera tutte le spiegazioni e descrizioni: l'esistenza della coscienza. [...] Se qualcuno parla di coscienza noi sappiamo immediatamente, e dalla nostra esperienza più personale, che cosa intendiamo per questo. Molta gente, sia all'interno sia all'esterno della scienza, si accontenta dell'assunto che la coscienza sia solo psichica; in questo caso, non rimane null'altro da fare alla psicologia se non il distinguere i fenomeni psichici in percezioni, sentimenti, processi di pensiero e atti di volontà. È generalmente accettato, tuttavia, che questi processi consci non formano delle sequenze continue e complete di per se stesse; non vi sarebbe perciò alcuna alternativa a parte l'assumere che vi sono dei processi somatici e fisici che sono concomitanti con i processi psichici e che dovremmo necessariamente riconoscere come più completi delle sequenze psichiche, poiché alcuni di questi avrebbero dei processi consci in parallelo con essi mentre altri non gli avrebbero. Se le cose stessero così, diventerebbe naturalmente plausibile evidenziare in psicologia questi processi somatici per vedere in questi la vera essenza di ciò che è psichico e studiare i processi consci con altri strumenti. La maggioranza dei filosofi, tuttavia, come la maggior parte delle persone, non è d'accordo con questo e dichiarano che l'idea che lo psichico sia anche inconscio è di per sé un controsenso. Ma questo è precisamente quello che la psicoanalisi è obbligata ad asserire ed è la sua seconda fondamentale ipotesi. Essa spiega che i supposti fenomeni concomitanti somatici come entità di natura del tutto psichica, non curante perciò nel primo esempio della qualità della coscienza [...] Potrebbe sembrare che questa disputa tra la psicoanalisi e la filosofia riguardi solo una insignificante questione di mera definizione: la questione se la denominazione di "psichico" si debba applicare a una o l'altra sequenza di fenomeni. Di fatto, questo passaggio è diventato più significativo di ogni altro. Mentre la psicologia della coscienza non ha indagato mai oltre le sequenze slegate, che dipendendo ovviamente da qualcos'altro, l'altro punto di vista, che sostiene che lo psichico sia per lo più di natura inconscia, permise alla psicologia di prendere il suo posto come una scienza naturale come tutte le altre. I processi di cui si occupa sono di per se stessi inconoscibili, quanto quelli trattati dalle altre scienze, dalla chimica e dalla fisica ad esempio; ma è possibile stabilire delle leggi alle quali questi processi obbediscono, seguire le relazioni reciproche e le interdipendenze non discontinue per lunghi tratti e giungere alla fine a quella che può essere descritta come una "comprensione" del campo dei fenomeni naturali in questione. Questo non è potuto avvenire senza la formulazione di nuove ipotesi e senza creare dei concetti innovativi; e questi non devono essere disprezzati e fonte di imbarazzo da parte nostra ma meritano al contrario di essere apprezzati come arricchimenti per la scienza. Essi possono reclamare lo stesso valore di approssimazioni che appartiene alla sfera intellettuale corrispondente presente in altre scienze naturali, pur attendoci che vengano modificati, determinati e più precisamente messi in relazione

nel mentre si accumulano e vengono catalogate esperienze più recenti. Sarà quindi in completo accordo con le nostre aspettative se i concetti di base e i principi della nuova scienza (istinto, energia nervosa, etc.) rimarranno per un tempo considerevole non meno indeterminati di quelli propri delle scienze più antiche (forza, massa, attrazione, etc.). Ciascuna scienza è basata sulle osservazioni e sulle esperienze che ci vengono trasmesse dal nostro apparato psichico. Ma poiché la nostra scienza ha come soggetto proprio quell'apparato stesso, l'analogia si ferma qui. Noi otteniamo le nostre osservazioni attraverso il mezzo dello stesso apparato percettivo, precisamente con l'aiuto di quelle interruzioni di sequenze tra gli eventi "psichici" [consci]: riempiamo ciò che è stato tralasciato attraverso delle inferenze plausibili e lo traduciamo in materiale conscio. In questo modo noi costruiamo, per così dire, una sequenza di eventi consci complementari ai processi psichici inconsci. La relativa certezza della nostra scienza psichica è basata sull'obbligatorietà di queste conclusioni. Chiunque si addentri profondamente nel nostro lavoro saprà che la nostra tecnica resiste ad ogni critica. [pp. 584-585]

Infine, egli giunge a una conclusione che, sostanzialmente appare in linea con il monismo dal duplice aspetto percettivo:

L'ipotesi che abbiamo adottato di un apparato psichico esteso nello spazio, strutturato in modo sofisticato, sviluppato secondo le esigenze adattative della vita e che dà origine ai fenomeni della coscienza solo in determinati punti e sotto certe condizioni, tale ipotesi ci ha messo nella posizione di porre la psicologia su delle basi simili a quelle di ogni altra scienza, quali, ad esempio, quelle della fisica. Nella nostra scienza, come in altre, il problema è lo stesso: dietro gli attributi (le qualità) dell'oggetto sotto esame che si presentano direttamente alla nostra percezione, dobbiamo essere in grado di rilevare qualcosa indipendentemente dalla particolare capacità recettiva dei nostri organi di senso e che si approssima più da vicino a quello che può essere immaginato come la vera realtà delle cose. Siamo convinti che non sia possibile raggiungere questo risultato di per sé, poiché vediamo che ogni acquisizione dovrà essere poi ritradotta nel linguaggio delle nostre percezioni, dal quale è semplicemente impossibile liberarci. Ma qui giace la vera natura e il limite della nostra scienza. È come se nella fisica noi affermassimo "Se potessimo vedere meglio di quanto possiamo, troveremmo che quello che appare come un corpo solido è costituito da particelle di una precisa forma e grandezza, che occupano delle precise posizioni relative". Nel frattempo, si aumenterà l'efficienza dei nostri organi di senso fino al limite possibile attraverso dei mezzi artificiali; ma ci si può attendere che tutti questi sforzi non riusciranno ad influenzare il risultato finale. La realtà in sé rimarrà per sempre "inconoscibile". [p. 623]

Vi sono tradizionalmente diversi campi di ricerca che sono stati battuti per cercare di descrivere le innovazioni apportate alla conoscenza dalla psicoanalisi. Ci teniamo a ribadire che questi settori di cui andiamo a parlare non *coincidono con l'esperienza psicoanalitica*, ma si trovano in realtà "a confine" con la psicoanalisi. È, infatti, noto che la psicoanalisi, quale strumento di comprensione, sia stata utilizzata in molti campi che potremmo anche chiamare *parapsicoanalitici* (ovvero alla "periferia" della psicoanalisi). Elencherò alcuni di questi campi d'indagine, alcuni classici e esplorati da Freud stesso, altri di studio più recente.

Classicamente il lavoro psicanalitico si basa su (1) la descrizioni cliniche, ossia il resoconto e le ipotesi psicoanalitiche derivate da pazienti singoli (come ne *Il caso dell'uomo dei lupi*²⁹, *Dora*³⁰, *L'uomo dei topi*³¹) o da terapie di gruppo.³² Vi sono poi (2) le indagini psicoanalitiche attuate su opere letterarie e d'arte (come per la *Gradiva*³³ di Janssen), su noti personaggi storici (come Leonardo da Vinci) o su autobiografie (come nel caso del presidente Schreber³⁴); (3) le indagini psicoanalitiche con speculazioni che derivano dall'osservazione dello sviluppo infantile³⁵ (osservazione del bambino)³⁶; (4) le indagini psicoanalitiche su pazienti neurologici³⁷ o su accertate modificazioni cerebrali date dai farmaci, e studi empirici comprovanti alcuni concetti psicoanalitici³⁸ (ad esempio sul significato fisiologico del sognare) e tutto quello che oggi va sotto il nome di *neuropsicoanalisi*. Può apparire paradossale definire "periferico", o *para-psicoanalitico*, lo studio che ha fondato le basi stesse della teoria della psicoanalisi, in particolare lo studio di casi clinici: vedremo sotto di fornire alcune argomentazioni a questo punto.

Il primo punto preso in considerazione, cioè descrivere una situazione clinica al fine di generalizzarne ciò che accade in analisi, ci pone di fronte ai primi problemi: lo psicoanalista non può non incorrere in più o meno marcate distorsioni della verità. La prima distorsione viene dal fatto che lo psicoanalista, anche se originariamente partecipa, per descrivere quanto sta succedendo in analisi, deve mettersi nella *prospettiva in terza persona*. Questo avviene per raggiungere dei fini che possono essere legittimi ma diversi da quelli di raggiungere la comprensione del paziente (che avviene attraverso l'identificazione e dalla prospettiva quindi in *prima persona*). Il terapeuta, poi, nel suo resoconto di quanto accaduto in

²⁹ Freud, S. (1914a) Dalla storia di una nevrosi infantile (caso clinico dell'uomo dei lupi). OSF, vol. 7.

³⁰ Freud, S. (1901) Frammento di una analisi d'isteria (il caso di Dora). OSF, vol. 4.

³¹ Freud, S. (1909) Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (caso clinico dell'uomo dei topi). OSF, vol. 6.

³² Bion W. R. (1961) *Experiences in Groups and other papers*. London, Tavistock Publications; trad. it.: *Esperienze nei gruppi*, Roma: Armando, 1971.

³³ Freud, S. (1906) Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen. OSF, vol. 5.

³⁴ Freud, S. (1910) Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber). OSF, vol. 6.

³⁵ Klein, M. (1958). Sullo sviluppo dell'attività psichica. In: *Scritti 1921-1958*. Torino, Boringhieri, 1978, pp.540-550.

³⁶ Freud, A. (1951). Observations on child development., *Psychoanal. Study Child*, 6:18-30.

³⁷ Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2000). *Neuropsicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2002.

³⁸ Solms, M., & Turnbull, O. (2002) *Il cervello e il mondo interno*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2003.

analisi può proporsi di spiegare aspetti utili alla *tecnica*, alla *teoria* sulla strutturazione dell'apparato mentale, a una *patologia* e così via; avviene quindi una nuova distorsione, dove lo psicoanalista attua uno spostamento dell'oggetto della ricerca che, dal *paziente*, si sposta a qualcosa di altro (la descrizione del disturbo, etc.). Per fare un altro esempio, tratto dal campo dello studio dell'osservazione del bambino e dello sviluppo infantile, non è possibile fare delle inferenze dirette che, dai funzionamenti del bambino portino a quelli dell'adulto, senza incorrere nelle stesse distorsioni in termini di generalizzazione. Anche nel campo della neuropsicoanalisi, che si ripromette di studiare con il metodo empirico le teorie psicoanalitiche (ad esempio paragonando i processi neurali a quelli mentali, oppure comprovando l'efficacia della psicoterapia psicoanalitica mediante strumenti empirici) non è possibile evitare le distorsioni e i limiti dei metodi sopraccitati. Infatti, è vero che le conoscenze neuroscientifiche ci offrono l'opportunità di confermare la veridicità scientifica di concetti che possono essere salienti per la teoria psicoanalitica. Tuttavia come abbiamo visto difficilmente oggi queste conoscenze possono aggiungere qualcosa alla metodologia psicoanalitica che mira alla conoscenza della vita soggettiva di una specifica persona.

Dobbiamo quindi tornare alla nostra affermazione "forte": la verità nell'ambito della relazione tra analista e paziente è sostanzialmente una verità non condivisibile al di fuori di quella relazione, e che non può essere in alcun modo esportata all'esterno della stanza di psicoterapia, senza apportarvi queste distorsioni. I diversi tentativi che vengono quotidianamente fatti da ogni psicoterapeuta in formazione, cioè quello di parlare della relazione analitica ad esempio con un supervisore, sono null'altro che dei tentativi per trasportare la propria esperienza con un determinato paziente a un'altra esperienza con una persona più esperta (il supervisore) per ricreare, per identificazione, una situazione analoga (anche qui, quindi, non possono non avvenire importanti distorsioni). È un po' come il gioco delle scatole cinesi, dove ciascuna scatola successiva, di fatto, non è eguale a quella precedente, anche se ne ricalca le fattezze esterne. Dobbiamo essere quindi consapevoli che queste esperienze non possono che trasmettere un'eco di quello che può essere la verità del campo conoscitivo nello specifico rapporto tra psicoterapeuta e paziente.

LE METODICHE DELLA SCIENZA EMPIRICA

Le scienze empiriche si basano come sappiamo sulla raccolta di dati, ma specialmente sulla ripetibilità di una determinata esperienza scientifica legata ad una specifica ipotesi. L'ipotesi si basa a sua volta sulla particolare "teoria della realtà" costruita nella mente del ricercatore. Tutto questo sostanzialmente richiede un'oggettivizzazione dei dati che è impossibile da ottenere nella pratica clinica psicoanalitica, né rientra negli scopi di ricerca della psicoanalisi. Anne-Marie

Sandler in una conferenza³⁹ dal titolo *Psicoanalisi e Ricerca*, riprende le argomentazioni di Joseph Sandler⁴⁰, sottolineando che oggi un crescente numero di psicoanalisti crede nella compatibilità tra la teoria (e la pratica) psicoanalitica e le neuroscienze (la moderna scienza del cervello). Molti analisti che si occupano di teoria hanno sottolineato l'importanza dei recenti progressi nella comprensione dell'attività dei circuiti neuronali per la comprensione di processi come la memoria, la regolazione dello stress, la risposta al trauma e l'espressione delle emozioni. Un certo numero di conferenze internazionali, che si pongono nell'interfaccia tra psicoanalisi e neuroscienze, testimoniano del crescente interesse fra gli psicoanalisti relativo al funzionamento del cervello e alle scienze cognitive. Nella stessa occasione, Anne-Marie Sandler ebbe modo di commentare la fondamentale analogia tra lo sviluppo professionale e personale del ricercatore scientifico (sia esso di matrice empirica o psicoanalitica) e i passi evolutivi compiuti dal bambino piccolo. Joseph Sandler, nel suo scritto, sostiene che comunemente le scienze sono considerate esclusivo patrimonio dello scienziato empirico o, al più, delle riflessioni epistemologiche del filosofo. In questa posizione, tuttavia, sostiene Sandler, si trascura il fatto che ogni ipotesi, e ogni dato scientifico osservato, come la formulazione di qualsiasi concetto, passa attraverso i *processi psichici* dello scienziato, o del filosofo. I concetti elaborati dallo scienziato, come le ipotesi o le teorie del filosofo, sono sempre direttamente o indirettamente un derivato dei processi percettivi (che poi si espandono nelle funzioni dell'Io, quali l'attenzione, il giudizio e la memoria, e altre), di modo che egli è costantemente soggetto alla discrepanza tra la percezione dei *dati grezzi*, derivanti dalla realtà da un lato, e le costruzioni teoriche relative a queste percezioni della realtà, per come si vanno via via strutturando nella mente dello scienziato.

Joseph Sandler, riprendendo dalle teorie degli psicologi della percezione, ha affermato che la funzione psicologica della *percezione*, da un punto di vista psicoanalitico, ben lungi dall'essere un processo meramente passivo di *assorbimento* dei dati provenienti dalla realtà, è una funzione operativa dell'Io. La psicoanalisi ci ha insegnato che ogni funzione dell'Io è estremamente sensibile alle distorsioni provenienti dall'Inconscio. Pertanto l'attività scientifica consta sostanzialmente di una costante disamina dell'esame di realtà (una funzione dell'Io derivante dai processi percettivi diretti verso il mondo esterno), esattamente come avviene nell'apparato psichico di ogni individuo. Sandler paragona quelli che

³⁹ Sandler, A-M. (2005) *Psicoanalisi e ricerca*. Convegno per l'Inaugurazione del 37° anno del Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica e Metodologia Istituzionale, Via Ariosto. Milano, 22 ottobre 2005.

⁴⁰ Sandler, J. (1962). Research in Psycho-Analysis-The Hampstead Index as an Instrument of Psycho-Analytic Research. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 287-291.

sono i processi di sviluppo della scienza e della conoscenza, con lo sviluppo dei processi psicologici di adattamento del bambino. Egli suggerisce quindi che un attento studio formale degli adattamenti, e dei metodi adottati dal bambino nel corso del suo sviluppo per comprendere il mondo, possa suggerire delle tecniche formali di ricerca anche per la scienza. Uno dei fondamenti dell'esperienza dell'osservazione del neonato⁴¹ (in inglese, *infant observation*) consiste proprio in questo: aiutare chi è interessato allo studio del mondo delle relazioni (e della psicoterapia) a confrontarsi con il proprio esame della realtà oggettiva concreta, della propria realtà relazionale e con la propria realtà concettuale.

L'ESAME DELLA REALTÀ CONCETTUALE

Nel bambino, inizialmente i processi percettivi sono sempre grandemente sovra-determinati e pertanto anche governati dalle vigenti modalità di pensiero secondo il processo primario. Le funzioni dell'Io e, in particolare, la percezione si sviluppano anche, per effetto delle pressioni sociali, nella direzione della realtà esterna. Inizialmente, la funzione percettiva è connessa con il principio del piacere (dove viene cercato solo l'esperienza che gratifica immediatamente); progressivamente, il bambino si sforza di rivivere quelle esperienze percettive che coincidono con quanto approvato o concesso dagli altri. Questo processo obbliga progressivamente il bambino al differimento della gratificazione dei suoi bisogni. In questa "sala d'attesa" evolutiva, si crea lo spazio per il pensiero: possono quindi esercitarsi tutte quelle rappresentazioni interne, quelle appropriate *azioni di prova*, i cui esiti pongono le basi per la costruzione di un corretto esame di realtà nel bambino. Con la crescita (e per tutta la vita adulta) dell'individuo, l'esame di realtà diverrà sempre più complesso e sarà applicato dall'individuo a problemi sempre più raffinati e astratti, potendo diventare un test o *esame dei concetti*.

La costruzione di schemi di riferimento interni del bambino, la strutturazione delle sue competenze percettive, e l'integrazione con il mondo reale, diventano quindi aspetti sempre più integrati con il precedere dello sviluppo. Tale andamento dipende dall'acquisizione di modelli di realtà acquisiti dal bambino da parte dei suoi genitori e dei suoi educatori. Queste esperienze relazionali con chi ha seguito la crescita del bambino diventano quindi degli "organizzatori interni", che permettono di percepire e di comprendere quegli aspetti del mondo che sono cognitivamente e affettivamente dotati di un significato importante per il bambino. Questi organizzatori interni, derivanti dalle esperienze relazionali fatte del bambino nella sua primissima infanzia, a guisa di lenti ottiche, permettono al bambino di ottenere un quadro sempre più condiviso e

⁴¹ Si veda l'ultima sezione di questo capitolo.

integrato del mondo esterno, anche se tale quadro non sarà mai immune da una qualche distorsione, derivante dal mondo interno delle fantasie e degli affetti del bambino. Come vedremo queste "lenti" possono essere ricondotte, in psicoanalisi, al concetto di *relazioni d'oggetto*, che sono appunto i nostri "organizzatori interni". Questi *schemi di riferimento interni organizzati*, secondo i Sandler, sono sostanzialmente delle matrici di memoria procedurale, un "precipitato" delle molteplici relazioni incise nella mente del bambino. Queste matrici permettono al bambino l'acquisizione progressiva della capacità di pensare secondo il processo secondario, e secondo l'esame di realtà. Se così non fosse il bambino continuerebbe a percepire il mondo secondo i suoi desideri, regolati dal principio del piacere e, come avviene nella psicopatologia, si delinerebbe una situazione di carattere disadattativo per l'individuo rispetto alla realtà circostante. La progressiva integrazione, tra le funzioni dell'Io e dell'esame di realtà, consiste quindi nella crescita di questa competenza di verifica e di selezione, e di scelta, tra più opzioni alternative della realtà possibile.

È noto che la capacità di pensare è stata definita come la capacità di manipolare pensieri, mediante tacite azioni di prova, pianificando e selezionando tra più scelte possibili, attraverso il richiamo dalla memoria di quelle percezioni che hanno portato, nel passato, a una soluzione adattativa di uno problema analogo a quello presente. Sia per il bambino, ma in modo ancora più evidente per lo scienziato, questo si traduce in operazioni mentali progressivamente sempre più complesse; la capacità di compiere un esame di realtà coronato da successo, se applicato alle proprie azioni o al riconoscimento degli oggetti animati e inanimati del mondo, diventa progressivamente un'attività di esame della realtà concettuale, di disamina attenta delle proprie teorie su come funziona il mondo di relazione. Il processo di verifica, di selezione e di riconoscimento si espande sempre più quindi nel bambino (come nel ricercatore), dal mondo delle osservazioni diretto verso l'esterno, al mondo dell'osservazione interna. Parimenti a quanto succede per l'esame di realtà, anche *l'esame della realtà concettuale* è suscettibile alle distorsioni provenienti dall'inconscio e dagli affetti.

Come avviene in tutti processi di memoria, nel corso del suo sviluppo, il bambino, confrontato con le contraddizioni e le incongruenze tra le molte percezioni che riceve, si trova a spiegare quanto gli accade con teorie, simultaneamente presenti nella sua mente, che possono essere anche molto diverse l'una dall'altra. È ben noto che la caratteristica fondamentale delle funzioni cognitive (dell'Io) è la spiccata tendenza a risolvere queste contraddizioni mediante processi mentali di sintesi concettuale e di integrazione percettiva. Ricordiamo che l'esempio, cui più spesso ricorre Freud, è quello dell'analogia alla nostra percezione del campo visivo. Nel nostro campo percettivo visivo, come è noto, esiste un'ampia macchia cieca data dalla presenza nel fondo dell'occhio della cosiddetta *fovea*, ovvero la zona priva di recettori della retina. Per la presenza della macchia cieca, tutti noi dovremmo avere una grossa *lacuna percettiva* nel nostro

campo visivo, ossia dovremmo vedere il mondo circostante con un grosso buco nel centro. Le funzioni integrative della coscienza riempiono questa voragine percettiva che se presente sarebbe molto svantaggiosa per l'individuo. L'esame di realtà, e l'esame della realtà concettuale, sono ritenuti quindi il retaggio, ad un livello più complesso, di questa operazione di integrazione. Questi processi dell'Io possono essere ritenuti efficaci, in genere quando la loro operatività porta l'individuo a predire e a controllare quanto gli accade (dentro e fuori), con maggiori probabilità di successo. È in questo senso che va intesa quindi una maggiore o minore capacità di *adattamento* nelle persone. Sandler ha tuttavia chiaramente affermato che questa organizzazione adattativa è tutt'altro che lineare e costante in ognuno di noi. Ogni riorganizzazione adattativa si confronta puntualmente con la naturale resistenza dell'Io al cambiamento. Ogni modificazione imposta al Sé mina i sentimenti di integrità narcisistica del bambino (e dell'individuo adulto), pertanto viene percepita come una minaccia, proprio perché diminuiscono i sentimenti di sicurezza interna. Sandler afferma che questo è il tipo di resistenza alla base del diniego degli adulti verso l'esistenza stessa della sessualità infantile, che evidentemente esistevano da sempre, ben prima che fossero scoperte da Freud e venissero studiate dalla psicoanalisi. Nel comportamento umano sono sempre esistite le urgenze distorcenti provenienti dall'inconscio (ovviamente, anche prima che si parlasse di *pulsioni*). Allo stesso modo, possiamo parlare dei meccanismi di difesa, in una qualche misura sempre pronti a contrastare queste spinte, ogni qual volta emerge un conflitto significativo. Secondo i Sandler pertanto quanto vale per il bambino e i suoi processi mentali, è applicabile allo sviluppo del pensiero dello scienziato, e quindi alla ricerca scientifica. Lo scienziato si costruisce, dalle verifiche delle sue ipotesi, una teoria, o un modello del funzionamento del mondo esterno, che progressivamente modifica sulla base delle ulteriori osservazioni che compie, e dei suoi processi di pensiero. Le tecniche di indagine adottate dello scienziato sono in fondo solo delle estensioni, a volte estremamente specializzate, delle capacità sensoriali alla base dell'esame di realtà oggettuale (la Risonanza magnetica, ad esempio, per lo studio del cervello è in fondo una protesi sensoriale che ci permette di "vedere" dentro i nostri tessuti somatici), e dell'esame di realtà concettuale. Le procedure scientifiche mirano sostanzialmente al ridurre al minimo quelle che sono le influenze distorcenti provenienti da condizionamenti precostituiti, dai desideri e dalle aspettative dei processi psicologici della ricercatore scientifico. La Sandler ci ricorda tuttavia che sono innumerevoli (anche nella storia delle cosiddette "scienze esatte") gli esempi che dimostrano che nessun scienziato è immune dalle distorsioni percettive e dall'utilizzo di meccanismi di difesa. Anche la conoscenza perseguita con il metodo scientifico empirico rimane un ideale cui tendere, più che un obiettivo concretamente raggiungibile. Lo psicoanalista in questo senso è quindi uno scienziato che, al pari dello scienziato organicista o del filosofo, si occupa costantemente

del raffronto fra le proprie teorie (e le aspettative generate dalle stesse), con le effettive percezioni generate dalla sue osservazioni cliniche nel lavoro psicoanalitico con i suoi pazienti. Lo psicoanalista tuttavia, a differenza di altri scienziati, si trova nella condizione privilegiata di osservare non solo il comportamento (le espressioni nel mondo esterno nel suo oggetto di studio, il paziente), ma anche di effettuare il confronto costante tra i processi mentali propri e quelli del paziente, tra il *transfert* e il *controtransfert*, affinando l'utilizzo delle proprie capacità di giudizio, di comprensione, e di selezione dei contenuti del paziente. È su queste basi poi che lo psicoterapeuta decide cosa dire al paziente, attraverso lo strumento dell'*interpretazione*. In questo senso, l'interpretazione va intesa come la formulazione di un'ipotesi che richiede una smentita o una conferma sulla base delle successive reazioni (non per forza verbali) del paziente. Sandler sottolinea che, in questo senso, la psicoanalisi si trova a osservare il proprio campo d'indagine da un vertice (quello della soggettività) non contemplato nelle scienze empiriche che si occupano della natura osservabile, anche se questa particolare prospettiva è tutt'altro che privilegiata e immune da svantaggi. In ogni istante, gli accadimenti nell'ambito della relazione psicoanalitica sono mutevoli e grossolanamente sovradeterminati. Ogni parola e ogni atto finalizzato, nello scambio tra lo psicoanalista e il paziente, non ha mai un significato univoco. Ogni comunicazione del paziente si presta a molteplici interpretazioni, in ogni frammento della relazione è insito un significato stratificato, in cui trovano espressione soluzioni adattative diverse. Questo implica che lo psicoanalista si trova costretto a scegliere di prestare la sua attenzione solo a una minima parte di quanto avviene nella relazione con il paziente, scartando ovviamente importanti comunicazioni del paziente. La maggior parte di questi processi, inoltre, si svolgono al di sotto della soglia della coscienza. In questo senso, come abbiamo detto, nello psicoanalista è costantemente attiva la tendenza alla sintesi da parte dell'Io, anche se questo lo può portare a trascurare nuove comunicazioni del paziente che cadono nelle "macchie cieche", quando esse contraddicono il "campo visivo cosciente" della teoria ufficiale che lo psicoanalista adotta. Quanto accade in analisi (come è fin troppo bene, e puntualmente, sottolineato dai critici della psicoanalisi) permette di riportare alla fine ogni osservazione alla propria teoria ufficiale e, al fine di mantenere le nostre concezioni preformate, di fare in modo che "tutto fili sempre liscio". In questo senso, ogni espressione, nella relazione tra paziente e analista, dissonante, perché nuova, e diversa, in quanto contraddice la teoria ufficiale dell'analista, viene preconsapevolmente eliminata in quanto "incongruente". Per risolvere questa tendenza (comunque insita nella natura narcisistica di ogni individuo), la Sandler suggerisce che è necessario mantenere costantemente un atteggiamento critico rispetto alle proprie idee, alle proprie teorie ufficiali, attraverso le discussioni con colleghi, anche di scuole di pensiero differenti, e con uno studio onesto della letteratura psicoanalitica.

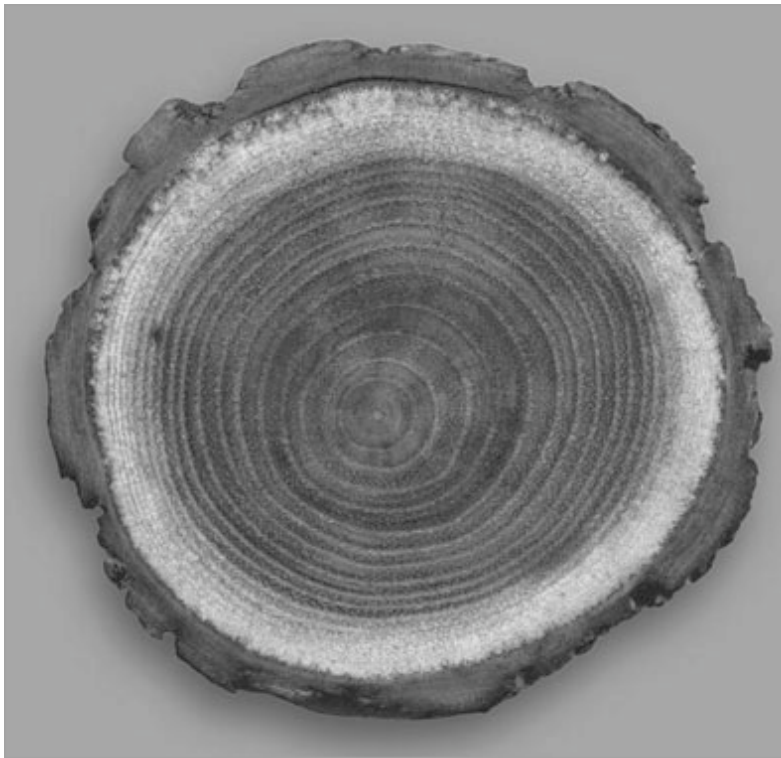


Figura 2: Le “strutture stabili stratificate” della personalità

La personalità è il prodotto dell'apprendimento di una miriade di esperienze relazionali che si intrecciano, aggiungendosi alla costituzione congenita di ogni individuo. Allo stesso modo, ogni frammento della relazione analitica (il racconto di un vissuto o di un sogno) riflette questa organizzazione della personalità e pertanto è grandemente sovradeterminato e dotato di più significati stratificati l'uno sull'altro. In ogni strato trovano espressione le impronte delle soluzioni relazionali che si sono succedute nello sviluppo dell'individuo, che possono richiamare alla mente la strutturazione stratificata della sezione di un tronco d'albero, che mantiene le tracce delle stagioni che si sono succedute.

Le scienze che si occupano degli aspetti oggettivabili, sono avvantaggiate in questo senso proprio perché si possono permettere il lusso di scartare una parte del mondo, quella di cui si occupa la psicoanalisi, e che non è direttamente osservabile, e che riguarda l'esperienza soggettiva. A questo proposito, Oliver Sacks⁴² dice che

⁴² Sacks, O. (1984). *Su una gamba sola*. Tr. It. Adelphi, Milano 1996.

"la neuropsicologia, pur degna di ammirazione, esclude la psiche. [...] La neuropsicologia, come la neurologia classica, si propone di essere completamente oggettiva, e la sua grande efficacia e i suoi risultati vengono proprio da questo. Ma una creatura vivente, e specialmente un essere umano, è prima di tutto, in ultima analisi ... un soggetto, non un oggetto. Ed è precisamente il soggetto, l' "io" vivente, che risulta in questo modo escluso [dalla neuropsicologia]. [Sacks, 1984, p. 207]

I vantaggi della scienza che mira a essere oggettiva tuttavia non sono trascurabili: la caratteristica principale di un risultato scientifico oggettivo, è la sua ripetibilità, ovvero la possibilità che partendo dalle stesse premesse di ottenere gli stessi risultati, questo permettono di giungere a una soluzione generalizzabile e condivisa. Quanto detto, però, non potrà mai appartenere alla scienza dell'esperienza soggettiva. Non saremo mai in grado di trovare due osservatori di un'esperienza soggettiva che possano dare risultati del tutto concordanti. Entrambi gli osservatori si trovano nella *condizione di essere letteralmente impossibilitati di vedere la stessa cosa*: proprio perché entrambi osservano il fenomeno da due punti diversi, filtrando questa esperienza attraverso la *loro* specifica storia e il *proprio* patrimonio conoscitivo e affettivo. La scienza empirica che si occupa del mondo naturale è in grado quindi di dedurre da molte esperienze particolari una teoria generale che possa essere condivisa e raccogliere quindi le percezioni di individui diversi in una teoria univoca e valida per tutti.

Come noto, nella storia del movimento psicoanalitico, vi è stata una frammentazione così estrema del pensiero psicoanalitico, perché nessuno dei diversi cosiddetti *maître à penser* (le guide intellettuali psicoanalitiche con i relativi seguaci) è mai stato in grado di dimostrare che una teoria (piuttosto che un'altra), può spiegare meglio i dati provenienti dalle esperienze percettive relazionali. È altrettanto vero che la psicoanalisi, come tutte le diverse scienze, che si occupano dell'esperienze soggettiva, è una disciplina che si occupa *metodologicamente* dei funzionamenti interni dell'apparato mentale, ossia della mente che si osserva soggettivamente, ossia "dal di dentro". La descrizione che l'analista può fare della relazione analitica con *un* determinato paziente può convogliare emozioni e sentimenti emersi in una seduta. Se tale descrizione è efficace, evocherà nell'ascoltatore o nel lettore un sentimento di *consensualità*.⁴³ Questo sentimento è indice dell'avvenuta identificazione dell'uditore, o del lettore, con quanto accade *dentro* la relazione psicoanalitica. Probabilmente, i sentimenti evocati da una specifica situazione clinica sono le uniche *evidenze scientifiche* trasmissibili all'*esterno della relazione analitica*. La risonanza stessa evocata in osservatori esterni alla relazione rappresenta probabilmente quanto di più vicino è possibile ottenere come dimostrazione che i fenomeni mentali esistono, che

⁴³ Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: W. Heinemann. Tr.it. *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando editore.

sono condivisibili, e che si manifestano anche “in negativo”, ovvero in forma di atti mancati, di lapsus, di paraprassie, che ci rivelano i meccanismi inconsci di funzionamento. È bene ricordare che i concetti come “sentimenti”, “emozioni” e “strutture difensive della mente”, non sono solo entità metapsicologiche astratte, bensì termini che si riferiscono a fenomeni dalle ripercussioni estremamente reali e concrete, e che vediamo dai loro effetti. A livello esemplificativo, un sentimento di rabbia può arrivare a provocare un omicidio, oppure un sentimento umiliante di vergogna può condurre al suicidio una persona depressa. Conosciamo anche gli effetti osservabili dei meccanismi difensivi: alla presenza di una persona sospettosa e continuamente convinta di essere con qualcuno che la perseguita, siamo autorizzati a ipotizzare un uso massiccio della *proiezione*. La psicoanalisi in questo senso costituisce un serio tentativo scientifico di comprendere la nostra vita soggettiva, ovvero quella parte della natura che ciascuno di noi occupa, e che determina le scelte e le azioni che compiamo. Come lo scienziato empirico compie un serio tentativo di dare delle spiegazioni riguardanti la realtà esterna, lo psicoanalista compie un tentativo di costruire e comprendere questa realtà interiore.

LE METODICHE DELLA PSICOANALISI

Come abbiamo precedentemente accennato, Freud⁴⁴ ha evidenziato, grazie all'accumularsi delle esperienze analitiche, che la terapia psicoanalitica è un lavoro, non solo di liberazione dell'essere umano dai propri sintomi, quanto un percorso di conoscenza ed elaborazione dalle inibizioni del carattere. Egli sosteneva che questo compito dell'analisi non può esaurirsi in breve tempo in quanto richiede che il paziente venga a patti con le proprie strutture caratteriali stabili, prendendo progressivamente sempre più confidenza con quelle modalità difensive, che tenderebbero a mantenere immodificate queste strutture. Freud⁴⁵ sostiene che il compito dell'analisi può dirsi completato, quando si siano create, grazie alla terapia, le migliori condizioni per prevenire l'instaurarsi di soluzioni relazionali disadattive, e il paziente sia in grado di compiere le scelte che egli ritiene più opportune per sé (per quanto queste scelte possano sembrare “devianti dalla norma” secondo la morale comune).⁴⁶ Abbiamo inoltre

⁴⁴ Freud, S. (1938) *Compendio di psicoanalisi*. OSF, vol. 11.

⁴⁵ Freud, S. (1938) *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, vol. 11.

⁴⁶ I tentativi di riportare “alla norma”, convenzionalmente intesa, un comportamento o un atteggiamento, per quanto deviante possa sembrare secondo la morale comune (come la pedofilia o la tossicofilia), sono destinati all'insuccesso finché non viene portato alla luce un conflitto significativo per il paziente. Anche l'omosessualità, fino a tempi relativamente recenti, era considerata dai trattati di psichiatria, tra cui il DSM, una patologia. Seguendo

visto che Rycroft⁴⁷ definisce la psicoanalisi come un campo che studia l'essere umano in quanto *animale sociale* le cui principali azioni sono volte: (1) all'autoconservazione; (2) alla ricerca di una relazione che sia mutuamente gratificante per sé e per gli oggetti dei nostri affetti e sentimenti; (3) una spinta di ricerca di autoconsapevolezza⁴⁸, in altre parole egli sostiene che ogni essere umano tende a raggiungere una comprensione di sé e dei contenuti della propria coscienza.⁴⁹

Ad ogni modo, la psicoanalisi è e rimane lo studio dello sviluppo della conoscenza e della capacità della relazione interpersonale. La psicopatologia⁵⁰ diventa, in questa luce, lo studio in cui questa capacità relazionale può fallire o venir meno.

Il campo della ricerca all'interno della relazione psicoanalitica si concentra su uno dei due poli che vi partecipano, l'analista e il paziente, e sulla relazione tra questi due poli. Utilizzerò, quali esempi di questa ricerca intorno alla psicoanalisi, gli scritti di tre autori che, in modo diverso si sono concentrati su questi tre aspetti. In primo luogo, la ricerca di Rycroft rappresenta un buon esempio delle *variabili messe in gioco dall'analista nella sua relazione con il paziente*, in secondo luogo la ricerca di Eissler⁵¹, nel suo noto articolo sui "parametri" della psicoanalisi, illustra le *variabili messe in gioco nella relazione dal paziente*. Per con-

quest'ottica pregiudizievole, anche alcuni analisti si sono cimentati nel cercare di riportare alla normalità le tendenze sessuali di pazienti omosessuali, tentativi destinati a aumentare i conflitti (o a portare a una precoce interruzione del lavoro terapeutico), se l'omosessualità è vissuta in modo egosintonico per la persona e non evoca alcun conflitto.

⁴⁷ Rycroft C. (1968) *Imagination and reality*. New York: International Universities Press. [Il cap. VI è appunto "Una indagine sulla funzione delle parole nella situazione psicoanalitica" Pag. 69-83].

⁴⁸ Questa tendenza richiama alla mente il concetto di *pulsione epistemofilica* dell'apparato psichico, proposto da Melanie Klein (1928) o di funzione K (Bion, 1962, dove "K" sta per *knowledge*). Sono dell'avviso (e l'evidenza quotidiana che mi viene dall'attività clinica rinforza questa mia convinzione) che tale spinta motivazionale di base (la pulsione epistemofilica) ovvero la "sete di sapere", che porta all'autoriflessione e alla consapevolezza, se esiste, sia di intensità molto minore delle altre due spinte più "primarie" (quella di stampo narcisistico da una parte, tendente alla preservazione del Sé e dall'altra, quella libidica e sessuale, di amore per l'oggetto, che tende alla preservazione della specie). La pulsione verso la conoscenza viene sempre sopraffatta nel paziente ogni qualvolta, in occasione di un conflitto, emerge una dalle altre due spinte motivazionali sopracitate. Raramente è possibile vedere funzioni autonome di autocoscienza prevalere. L'analisi, o meglio la funzione ausiliaria offerta al paziente dall' Io dell'analista, spesso supplisce a questi momenti di sopraffazione, dove il paziente perde la capacità di comprendere, e auspicabilmente l'analisi mira a ripristinare e ad accrescere questa funzione.

⁴⁹ Klein M. (1928) *Early Stages of the Oedipus Conflict*, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 9, 1928; trad. it.: *Primi stadi del conflitto edipico*, in: *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.

⁵⁰ Klein M. (1928) *Early Stages of the Oedipus Conflict*, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 9, 1928; trad. it.: *Primi stadi del conflitto edipico*, in: *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978. a, la volontà e gli istinti), indipendentemente dalla patologia in cui ricorrono.

⁵¹ Eissler, K. R. (1953). *The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1: 104-143.

cludere questo capitolo e introdurre i due successivi che approfondiscono i lavori di Sandler, accenneremo in particolar modo al concetto di *induzione di ruolo*, ossia sulle *variabili insite nella relazione* (tra analista e paziente). Concluderemo questo capitolo sulla ricerca in psicoanalisi, con una breve digressione sul rapporto fra il metodo scientifico e il metodo psicoanalitico rappresentato dagli approcci interdisciplinari, derivati dalle *osservazioni del neonato* e dalla *neuro-psicoanalisi*.

LO STUDIO DELLE VARIABILI INERENTI ALL'ANALISTA

Lo psicoanalista ha come scopo prioritario del suo lavoro la comprensione delle comunicazioni del paziente. La materia prima di queste comunicazioni sono le rappresentazioni psichiche del paziente: gli scambi tra l'analista e il paziente avvengono attraverso parole e azioni finalizzate. Ogni rappresentazione psichica (una *parola*, ad esempio) è il prodotto di un'esperienza relazionale percepita la quale è stata investita di una certa carica affettiva. È in questo senso che Freud ha affermato che l'Io (e le sue componenti preconsce e consce) "è una parte modificata dell'Es", e che tale modificazione si deve alle stimolazioni che giungono dal mondo esterno. Seguendo questo ragionamento, un'idea preconsca è quindi il derivato di una nozione inconscia, cui si aggiungono particolari percezioni. Ad esempio nel caso delle immagini di oggetti concreti, le cose⁵² come rappresentazioni mentali, derivano da una nozione creata sulla base di stimolazioni percettive visive che hanno acquisito per il soggetto un particolare significato emotivo. In questo modo si generalizzano e diventano una *concezione*, un insieme concettuale: la nostra mamma diventa "la madre", inteso come l'insieme delle madri, e così via i padri, i fratelli, i giocattoli, etc. Allo stesso modo, una parola (preconsca) è una congiunzione di una nozione inconscia (il *padre*) con dei percetti uditivi (verbali; "pa-pa"). Va anche ricordato che tutti questi segnali verbali uditivi, ci sono stati trasmessi da oggetti esterni: nostra madre, nostro padre e le persone che ci hanno accudito e insegnato la nostra *madrelingua*. In qualche momento della nostra vita abbiamo quindi percepito un determinato suono che progressivamente è stato associato a una determinata cosa, per diventare categoria-parola, un simbolo verbale.⁵³ Queste associazioni sono poi diventate parte del nostro vocabolario, costituendo quelle categorie interne che danno il nome alle cose, e ci permettono di riconoscere il mondo. In questo passaggio, i percetti una volta memorizzati sono diventati un'idea preconsca, che all'occorrenza o in determinate condizioni (di sufficiente sicurezza, direbbe

⁵² In tedesco, *dingvorstellung*, o rappresentazione delle cose.

⁵³ In tedesco *wortvorstellung* (rappresentazione della parola).

Sandler) può diventare conscia. Quindi le idee preconscie (e quelle conscie, ovviamente), sono delle idee che hanno acquisito il carattere della comunicabilità, la potenzialità di poter essere dette a qualcuno. Da questo se ne desume che l'Io⁵⁴ è quella parte dell'Es impegnata nella comunicazione, sia con gli oggetti esterni, sia con quelli interni. La comunicazione all'interno del setting psicoanalitico, è una comunicazione prevalente verbale ma è anche una comunicazione fatta di componenti non verbali. La funzione dell'analista non è solo quella di interpretare, in modo diremmo così *super partes*, quelli che sono i contenuti latenti delle idee preconscie o conscie che il paziente non riesce formulare ma, dice Rycroft, è di permettere al paziente di *trattenere*⁵⁵ per un tempo sufficientemente lungo delle idee, specie quelle che sono in conflitto tra di loro. L'analista permette quindi al paziente dapprima di *ascoltarsi* mentre parla, ovvero di percepire se stesso mentre esprime determinati aspetti conflittuali di sé. In questo senso, lo psicoanalista, afferma Rycroft, ha una funzione di "intrattenimento". A tempo debito, se le condizioni di sicurezza e di adattamento intrapsichico create dall'analisi, lo permetteranno, il paziente potrà scegliere la soluzione adeguata a lui/lei nel conflitto in questione. Tutto questo ci riporta a come Freud⁵⁶ differenziava l'analisi quale cura del carattere, contrapposta all'analisi come cura del sintomo. L'analisi si trova ad essere per il paziente uno strumento di *facilitazione* sulle scelte da compiere nell'elaborazione dei conflitti. I compiti e le funzioni dello psicoanalista, a tal fine, sono di aiuto e di facilitazione a queste comunicazioni del paziente, dove le parole del paziente possono, per analogia, essere equiparate alla spontanea attività esplorativa infantile e del gioco del bambino⁵⁷. Il "gioco" in analisi consiste quindi in uno scambio di comunicazioni: ogni comunicazione

⁵⁴ L'Io in questo contesto è inteso come il rappresentante psichico contenente le idee preconscie e conscie.

⁵⁵ Rycroft in questo senso sembra alludere che l'analista in un certo senso ha un ruolo da intrattenitore (di idee) per il paziente.

⁵⁶ Freud sostiene che l'esito del processo terapeutico "dipende in primo luogo dall'intensità del senso di colpa, a cui spesso la terapia non riesce a contrapporre una forza dello stesso ordine di grandezza. Ma forse dipende altresì dalla possibilità che la persona dell'analista sia collocata dall'ammalato al posto del suo ideale dell'Io; a ciò si connette per l'analista la tentazione di assumere verso il malato il ruolo del profeta, del salvatore d'anime, del redentore. Ma poiché le regole dell'analisi escludono decisamente una tale utilizzazione della personalità del medico, bisogna onestamente riconoscere che è posta qui una nuova limitazione all'efficacia dell'analisi: la quale non ha certo il compito di rendere impossibili le reazioni morbose, ma piuttosto quello di creare per l'io del paziente la libertà di optare per una soluzione o per l'altra." [Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. OSF, vol. 9; pag. 512 in nota; sottolineatura del curatore].

⁵⁷ L'attività esplorativa e di gioco del bambino sono strettamente connesse all'attività sessuale infantile, che permette la conoscenza del proprio corpo e del corpo della madre. Nel bambino più grande questa conoscenza diviene "socialmente più accettabile" poiché la sessualità infantile viene spostata dalla traduzione delle "cose" in "parole", nel Preconscio e verso i processi di pensiero secondo il processo secondario.

che l'analista fa al paziente nasce da una storia condivisa precedentemente alla comunicazione stessa. Ogni comunicazione stimola poi delle successive idee.

L'atteggiamento terapeutico dell'analista, in questo scambio, deriva dalle identificazioni dell'analista, e dai motivi che lo hanno poi portato a scegliere questo lavoro. Questi motivi trovano le loro radici nella predisposizione temperamentale⁵⁸ e caratteriale dell'analista, e nelle sue esperienze relazionali precoci. Tale atteggiamento si può modificare e affinare anche grazie al crescere dell'esperienza analitica, ossia attraverso la conoscenza e la comprensione profonda di numerosi pazienti, anche molto diversi nel loro stile di vita. Il cosiddetto *setting* di lavoro è dato da quella serie di accorgimenti che permettono all'analista di lavorare in un clima di sicurezza per sé e per un determinato paziente: vedremo che il *setting* è grandemente influenzato dalla particolare struttura dell'Io del paziente e pertanto esso può essere estremamente variabile. Secondo Rycroft, inoltre, per mantenere questa atmosfera di sicurezza è importante una partecipazione emotiva autentica nella vita di ciascun paziente, una condivisione immaginativa alla vita del paziente. Quello che si richiede all'analista non è di osservare in modo neutro e distaccato, o che funga da "specchio" imperturbabile dei sentimenti del paziente. L'atteggiamento terapeutico dell'analista è strettamente connesso alla valutazione dei *propri sentimenti in rapporto a quel determinato paziente*: per questo è importante per l'analista ottenere una *disposizione affettiva basale*, data dalla conoscenza delle proprie risposte alle sollecitazioni emotive di natura diversa. L'analista deve essere conscio che questa disposizione di base può sempre essere disturbata da fatica e da preoccupazioni personali (ossia da fattori estranei a quel determinato paziente). In questo modo è possibile permettersi quella che Sandler chiama come *rispondenza liberamente fluttuante*, che ha strette affinità con il concetto psicoanalitico di *controtransfert*⁵⁹. Questa modalità di interazione con il paziente dipende quindi fondamentalmente dalla tolleranza dell'analista rispetto ai propri limiti, un atteggiamento, strettamente connesso ai sentimenti di sicurezza dell'analista, e favorito dalla formazione psicoanalitica, dalla propria analisi personale. In questo modo, l'analista si costruisce uno stile di lavoro, in cui empatia e interesse per un'altra persona diventano un'attività naturale e spontanea. Secondo alcuni, tale disposizione d'animo ha delle importanti componenti caratteriali (forse anche congenite). Questa predisposizione verso uno stile terapeutico generale, da parte

⁵⁸ Per *temperamento* intendiamo quei tratti durevoli del carattere di origine prevalentemente innata e geneticamente determinati. Per *carattere* (che qui assumeremo quale sinonimo di personalità) si intende la sommatoria di tutti i tratti stabili del comportamento relazionale della persona che derivano dall'incontro tra tendenze innate (il temperamento, appunto) e le esperienze di vita (tra le quali le prime identificazioni con i propri genitori sono ritenute le più fondanti).

⁵⁹ Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness., *Int. Rev. Psychoanal.*, 3:43-48.

dello psicoterapeuta, è stato definito in diversi modi, è stato chiamato ad esempio *postura psicoanalitica*⁶⁰; essa non è presente in tutte le persone, né tutti sono predisposti a svilupparla allo stesso modo⁶¹. Questo aspetto riguarda lo studio delle variabili inerenti relative al terapeuta, quanto quelle del paziente visto che, almeno nella psicoterapia psicoanalitica, ogni psicoterapeuta è stato anche (e in genere a lungo) un paziente.

LO STUDIO DELLE VARIABILI INERENTI AL PAZIENTE

L'oggetto della psicoanalisi è dato classicamente dallo studio del paziente: ma quali sono i fattori che rendono il paziente incline a una psicoanalisi? Per sfatare un luogo comune (sostenuto anche da certi analisti, per cui "*tutti dovrebbero andare in analisi*"), non tutti i pazienti sono adatti al lavoro analitico. Anche qui sono due i fattori determinanti all'attitudine del paziente a iniziare un lavoro analitico: (1) la presenza di una sufficiente *motivazione* e (2) la presenza di una sufficiente *idoneità*⁶² al lavoro analitico, data fondamentalmente da una capacità di introspezione⁶³.

Sono ovviamente anche molto importanti le *condizioni di vita attuale del paziente* (al momento della richiesta di terapia). Quasi mai la richiesta di analisi è dettata dall'intima convinzione di voler cambiare. Spesso, i pazienti vanno dallo psicoterapeuta spinti da motivazioni manifeste riferite al mondo esterno al paziente (ad esempio, una separazione da un *partner*), che hanno tuttavia portato a una destabilizzazione strutturale della persona. In genere, la richiesta di aiuto è motivata da una crisi in cui le difese del paziente non sono riuscite a gestire, né il

⁶⁰ Zanettovich, A. (2008) *La postura analitica*. Trieste: Università di Trieste. Comunicazione tenuta alla presentazione dell'anno accademico 2007/2008 della Scuola di Specializzazione del Ciclo di Vita (Facoltà di Psicologia).

⁶¹ Eissler, K. R. (1941) 'On "The Attitude of Neurologists, Psychiatrists and Psychologists towards Psychoanalysis"'. *Psychoanalytic Quarterly*, Vol. X, No. 2, pp. 297-319. *International Journal of Psycho-Analysis* 23: 177.

Sandler, J. (1981) *Unconscious Wishes and Human Relationships*. *Contemporary Psychoanalysis*. XVII, Pp. 180-196.

Balint, M. (1950): *Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*. XXXI, 117-124.

Gorman, H. E. (2002). *Growing Psychoanalysis: Rethinking Psychoanalytic Attitude*. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 10: 45-69.

⁶² Monteverde, M. (2006). *Comunicazione personale. Supervisione nei gruppi clinici della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adulto*. Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica e Metodologia Istituzionale. Milano: Via Ariosto 6.

⁶³ Sandler, J. (1983). *Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice*. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35-46.

paziente è riuscito a trovare, nel suo ambiente relazionale, delle persone che si prestassero a ripristinare l'assetto affettivo precedente⁶⁴. L'intento del paziente, nella maggior parte dei casi, è semplicemente di *tornare come era prima*.

Il terzo fattore (3) decisivo nel instaurarsi di un rapporto analitico per il paziente è dato dalla *risonanza che ha la specifica personalità dell'analista* per quel determinato paziente. Anche se in genere non se ne parla molto, è indubbio che la personalità dell'analista viene percepita dal paziente (in genere, *preconsciamente*) ed entra in risonanza con le sue esigenze affettive, determinando poi l'inizio e la continuazione di un percorso analitico con quello specifico analista, oppure un suo allontanamento. Queste variabili pertinenti all'analista dipendono dalla percezione preconsocia, da parte del paziente, della "disposizione di base" dello psicoanalista (e abbiamo visto quanto questa è soggetta a modificazioni dovute alla situazione contingente di vita dell'analista, alla disponibilità ad accogliere nuovi pazienti, magari anche quelli sentiti come difficili, dal numero di pazienti che l'analista ha già, dalle vicissitudini familiari dell'analista, dalle sue preoccupazioni economiche, e così via). Tutti questi aspetti, spesso poco citati (specialmente da chi ritiene che lo psicoanalista non dovrebbe essere considerato dal paziente un essere umano), sono delle importanti variabili che influenzano poi sottilmente la terapia e il rapporto di quel paziente con quell'analista.

Abbiamo accennato al fatto che quanto accade in analisi è grandemente sovradeterminato: l'attenzione dell'analista si concentra in buona parte sulle comunicazioni del paziente, come prodotti della sua struttura di personalità, pur rimanendo consapevole di tutti i fattori sopracitati, che possono, in un dato momento, interferire con l'analisi di un determinato paziente. Determinare quale sia la struttura del paziente diventa quindi uno dei primi obiettivi del terapeuta nella fase di valutazione, tale pratica è di incalcolabile valore prognostico. A questo proposito, è bene ricordare che Freud, ha fondato la sua tecnica psicoanalitica sullo studio di pazienti nevrotici, in particolar modo su pazienti affette da isteria. In questo primo periodo della psicoanalisi, si supposeva che queste pazienti soffrissero fondamentalmente per cause di origine traumatica. Freud⁶⁵ scrisse gli *Studi sull'isteria* nel periodo che, nella schematizzazione del suo pensiero, viene definito *schema di riferimento del trauma affettivo*, dove vige la cosiddetta *teoria della seduzione infantile* (per i diversi schemi di riferimento del pensiero freudiano, si veda il capitolo 3).

Eissler⁶⁶ ha introdotto il termine di *parametri dell'analisi* per indicare tutte quelle deviazioni (qualitative e quantitative) dalla tecnica dal modello di base. Il

⁶⁴ Si veda il capitolo 5, "*La rispondenza di ruolo e le tecniche di controllo della percezione*".

⁶⁵ Freud, S. (1892-1895) *Studi sull'isteria*. OSF, vol. 1.

⁶⁶ Eissler, K. R. (1953). The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1: 104-143.

modello della *tecnica psicoanalitica di base*, vale la pena ricordarlo, è dato dal metodo delle *libere associazioni*, ove il paziente è invitato a parlare di tutto quello che gli viene in mente, secondo la regola fondamentale del poter riferire di comportamenti, sogni o fantasie ad occhi aperti o sintomi in modo più libero possibile. Inoltre, nella tecnica di base, l'analista si limita a *interpretare* quanto comunicato, ovvero a trasmettere al paziente la comprensione delle determinanti inconsce e latenti. Tale *tecnica psicoanalitica di base* è stata concepita da Freud quando aveva in mente quello che oggi chiamiamo *lo schema di riferimento del trauma affettivo*; all'epoca egli ancora pensava che la maggior parte dei pazienti che analizzava avevano sostanzialmente una *struttura caratteriale sana*, armonica per l'età, i cui problemi erano dettati da un *evento traumatico esterno*. È qui che trova maggiori applicazioni (ed efficacia) l'utilizzo di una terapia classica, senza alcuna deviazione dalla regola fondamentale della libera associazione, ovvero senza parametri aggiunti (*psicoanalisi a parametri zero*). In questo contesto, l'intervento dello psicoanalista si può limitare all'interpretazione⁶⁷.

Sulla base dell'esperienza clinica, l'aggiunta di parametri si dimostra spesso necessaria. Ad esempio nelle fobie, si ritiene⁶⁸ che l'esposizione del paziente alla situazione fobica porti maggiori benefici, sia al paziente, sia al suo percorso analitico. Facendo così, tuttavia, si introduce una distorsione dalla tecnica psicoanalitica di base: il parametro della tecnica qui sarebbe appunto l'esposizione del paziente alla situazione fobica, quale frutto dell'esperienza di una serie di casi di pazienti fobici in cui è emerso chiaramente che l'interpretazione della fobia non bastava. La pratica clinica ha poi avvalorato l'introduzione di questo parametro della tecnica e ha permesso di procedere meglio nel percorso analitico con i pazienti fobici.

È perciò importante, secondo Eissler, definire i criteri che regolano l'utilizzo dei parametri e la loro introduzione nell'analisi: (1) il parametro deve essere introdotto solo quando è dimostrato che la tecnica del modello di base non è sufficiente; (2) il parametro deve essere introdotto se inevitabile e per il tempo necessario, appena è possibile tornare alla tecnica di base è bene farlo; (3) di

⁶⁷ Le ricerche di Eissler portano a delle conclusioni apparentemente piuttosto sconcertanti, ovvero che la psicoanalisi classica, quella che si avvale solo di libere associazioni e interpretazioni, può essere condotta solo con *pazienti sani* (cioè con una struttura di personalità normale). In questo senso, in presenza di alterazioni del carattere importanti, sarebbe pertanto necessario introdurre dei parametri, ossia delle deviazioni dalla tecnica di base. Ci sembra che questo giustifica la constatazione, spesso poco divulgata dagli psicoanalisti, che le deviazioni dalla cosiddetta regola di base sono la prassi, e non l'eccezione, nella pratica clinica. Sta poi all'analista cercare di ricondurre l'analisi, se possibile, alla eliminazione dei parametri aggiunti alla tecnica di base.

⁶⁸ Alexander F., French T.M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: *La esperienza emozionale correttiva*. Psicoterapia e Scienze Umane, 1993, XXVII, 2: 85-101).

conseguenza, un parametro non deve essere introdotto se tale introduzione implica la perpetuazione nel percorso analitico del parametro stesso; (4) l'effetto del parametro sulla relazione di *transfert* non deve essere mai tale da non poter essere eliminato mediante l'interpretazione.

Ci sono delle psicopatologie che non possono essere trattate in psicoterapia senza parametri: ad esempio, le psicosi⁶⁹ e le tendenze alla delinquenza (la *psicopatia*) implicano delle alterazioni strutturali dell'Io del paziente (ovvero una disorganizzazione delle funzioni di regolazione cognitiva e affettiva) tali da non permettere una psicoterapia psicoanalitica classica.

LO STUDIO DELLE VARIABILI SPECIFICHE DELLA RELAZIONE

Abbiamo finora menzionato alcuni dei fattori, inerenti al terapeuta o inerenti al paziente, presenti nella situazione (e nella ricerca) psicoanalitica. Il concetto di *induzione di ruolo*, introdotto da Sandler, può portare ad una modificazione del nostro modo di comprendere non solo l'analista o il paziente, ma la reciproca e specifica relazione in atto in ogni momento dell'analisi. I parametri della tecnica psicoanalitica (ossia violazioni alla *regola fondamentale* per cui al paziente competono solo le libere associazioni, mentre all'analista solo le interpretazioni) possono essere intesi, seguendo questo concetto, come deviazioni dalla tecnica. Sandler, tuttavia, ha evidenziato che tali deviazioni sono significative e dipendenti dalle relazioni oggettuali, in ogni momento del percorso analitico, al punto da diventare esse stesse l'oggetto principale della ricerca psicoanalitica. In questo senso, rilevato che le deviazioni dalla tecnica psicoanalitica classica sono più la norma che l'eccezione nella pratica clinica psicoanalitica, la domanda che l'analista si deve porre a proposito di un determinato paziente è: che cosa ha determinato nell'analista quella deviazione dalla sua disposizione analitica di base? L'assunto è che essa non sia estranea a quanto trasmesso inconsciamente dal paziente all'analista.

Vista l'importanza di questo concetto, dedichiamo specificatamente all'induzione e alla responsabilità di ruolo, il capitolo 4. Nei paragrafi che seguono sottolineeremo gli aspetti della ricerca sandleriana che fanno luce sulla teoria della tecnica psicoanalitica.

⁶⁹ A proposito della differenziazione tra la nevrosi e la psicosi, Freud (1924) sostiene che (a) nella nevrosi l'Io non nega la realtà dolorosa, solo non ne vuole sapere, (b) nella psicosi l'Io la nega ma poi cerca di rimpiazzarne con una nuova, completamente ricostruita nel delirio e (c) nella personalità strutturata in modo più integrato, l'Io non nega una possibile realtà dolorosa, come avviene nel nevrotico, ma cerca di rimpiazzarla in modo *alloplastico*, ossia coscientemente, tollerando il dolore, agendo su di essa mediante i propri atti di volontà, assumendosene i rischi e agendo la libertà di arbitrio.

Possiamo quindi considerare il modello di tecnica psicoanalitica di base (libere associazioni e interpretazioni) come un ideale: esso in realtà si può applicare nella sua forma pura in rari casi, e in genere mai a lungo, nell'assunto che anche la salute mentale abbia la proprietà di essere rara, spesso non durevole. Le deviazioni nella tecnica (i parametri dell'analisi) sono di per sé in qualche modo degli indicatori della relazione di ruolo in atto tra analista e paziente. Se l'analista ha una sufficiente conoscenza delle proprie tendenze, dei propri limiti caratteriali, delle proprie modalità di rispondenza al tipo di sollecitazioni e induzioni di ruolo che il paziente sta cercando di ottenere da lui o lei, allora vi sono maggiori possibilità per cui lo psicoanalista possa individuare, con maggiore definizione, la struttura intrapsichica del paziente, e aiutarlo poi, a sua volta, a conoscerla e a padroneggiarla meglio.

TEORIE PRIVATE E TEORIE UFFICIALI DELLA TECNICA PSICOANALITICA

Abbiamo visto all'inizio di questo capitolo come la costruzione di una teoria nella mente dello scienziato dipende delle sue interpretazioni dei dati. Tali interpretazioni, sono strettamente collegate alle *teorie ufficiali*, ovvero ai principi generali accettati e condivisi dalla comunità culturale e scientifica a cui appartiene. Per il bambino, questi principi generali sono dati dalle regole, implicite e esplicite, presenti nella sua famiglia: da queste teorie dipenderà come la realtà verrà convenzionalmente compresa. È come se il bambino venisse a percepire la realtà con un *occhiale*, le cui *lenti* si sono strutturate progressivamente secondo la *visione del mondo*, che dipende dalle *spiegazioni* ricevute dal bambino (date dai genitori, o da chi poi li sostituirà nello sviluppo della persona). Queste "spiegazioni" vanno intese non solo come istruzioni verbali, o come insegnamenti espliciti, quanto come esempio trasmesso dallo stile di vita dall'adulto (con le sue azioni, con le abitudini e i modi di reagire alle richieste infantili fin dalla nascita), uno stile con il quale il bambino progressivamente si *identifica*.

Anche lo scienziato nel corso della sua formazione (proprio come il bambino in via di sviluppo), può incontrare dei dati che si discostano da quelli previsti dalle opinioni dominanti, ossia dalle teorie ufficiali cui si attengono le autorità e la maggioranza delle persone del settore in cui si identifica. Queste discrepanze a loro volta creano una dissonanza cognitiva e affettiva e possono portare alla costruzione di interpretazioni o di teorie che non tengono conto delle teorie ufficiali, ma anche della propria esperienza. Inizialmente, queste teorie sono per lo più inconscie. L'accumularsi di esperienze di dissonanza di questo tipo porta gradualmente, alla costruzione sistematizzata di concezioni personali, a

una *teoria privata* su quanto accade⁷⁰. Queste teorie private, secondo Sandler, si formano gradualmente dalla registrazione percettiva delle contraddizioni presenti nelle teorie ufficiali che ci vengono trasmesse dalla famiglia, dai nostri insegnanti e professori poi, dall'analista, dai supervisori, dalle letture dei principali pensatori, che costituiscono la nostra cultura (e la nostra stessa identità), tutte influenze che, momento per momento, possono entrare in contrasto (o collimare solo parzialmente) con l'esperienza personale. Generalmente, se la teoria comunemente accettata non corrisponde del tutto alle esperienze percettive (*consonanza parziale*), non è detto che il bambino (o lo scienziato) ne sia conscio. Quando l'esperienza personale contraddice la ricostruzione ufficiale della realtà, se questa *dissonanza* (ideo-affettiva) non diviene conscia, non si genera alcun conflitto nella persona. Queste idee rimangono inconsce, o più esattamente *preconscie*. Tra la teoria ufficiale e le teorie private della persona non si genera alcun conflitto perché nell'inconscio, come diceva Freud, non vige la legge della contraddizione reciproca: nell'inconscio due idee in contraddizione tra loro possono coesistere⁷¹. Le teorie private possono inizialmente essere percepite, tutt'al più, come dei *momenti di dissonanza*, "in cui i conti non tornano del tutto", rispetto a uno o più aspetti della teoria ufficiale al quale aderisce lo scienziato. Vediamo qui una nuova opportunità per il progresso della ricerca in psicoanalisi: a questo fine, lo studio dello psicoanalista e delle sue teorie private diviene un altro strumento fondamentale in psicoanalisi. Lo psicoanalista è depositario di una teoria ufficiale che, allo stesso tempo, si confronta in continuazione con i dati della realtà interna ed esterna, queste nozioni via via che si vengono ad accumulare generano le teorie private preconscie. Quando giungono alla coscienza, in genere secondo l'attitudine caratteriale del soggetto, queste teorie private portano lo scienziato alla convinzione di non essere più sulla "retta via" (come al bambino quando ha dei pensieri divergenti da quelli dei genitori), come se si stesse facendo qualcosa di sbagliato, o non valido. La persona (bambino, scienziato o psicoanalista che sia) in quel momento percepisce la sua "ricerca scientifica" come non ufficialmente accettabile (ovvero, che i propri genitori, colleghi o supervisori – o meglio i loro corrispondenti oggettuali interni – non approverebbero). Questa dissonanza ideoaffective costituisce un potenziale rischio al nostro senso di integrità personale, alla nostra stessa identità. Visto che i nostri genitori, mentori o supervisori costituiscono i modelli di

⁷⁰ Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35-46.

⁷¹ Le caratteristiche funzionali speciali del sistema Inc (Inconscio), secondo Freud (1915a) sono: "(1) esenzione dalla regola della contraddizione reciproca, (2) processo primario (mobilità della catexi), (3) assenza della temporalità e (4) sostituzione della realtà esterna con la realtà psichica"

base dei nostri ideali e dei nostri oggetti interni e hanno costituito le matrici stesse della nostra *identità*, non è facile mettere in discussione queste identificazioni di base.

In questo senso, mi ha colpito il commento di uno dei più grandi studiosi a livello internazionale di malattie autoimmuni. Questo ricercatore ha scoperto in anni di studio come, ad esempio, si innesca un particolare danno al tubo gastroenterico su base autoimmune. Egli descrive come è riuscito a scoprire alcuni importanti dettagli di questo funzionamento patologico dopo un fallimento: l'autore stava studiando un meccanismo immunitario per una malattia completamente diversa⁷². In sostanza, un vaccino invece che dare meno sintomi, li aumentava nelle persone vaccinate. *“Mi sentii completamente sconfortato. Anni di duro lavoro erano finiti letteralmente nella spazzatura e davanti a noi avevamo due possibilità per nulla attraenti: rinunciare e cambiare del tutto il progetto di ricerca oppure insistere e cercare di capire cosa era andato storto. La sensazione che il capitolo non fosse ancora chiuso ci spinse a scegliere la seconda opzione...”*. Una scelta che porterà il gruppo di scienziati alla scoperta di un farmaco potenzialmente in grado di controllare i sintomi di una malattia estremamente diffusa. Ecco, abbiamo riportato questo resoconto proprio per evidenziare che quella *“sensazione”* rappresentava probabilmente il corrispettivo di una teoria preconscia nel ricercatore, di cui egli non era consapevole, che era in conflitto con l'aspettativa ufficiale, che tuttavia ha poi determinato alcuni passi decisionali nella direzione giusta.

Questo, a mio avviso, è un esempio, derivante da un contesto diverso dalla psicoanalisi, di come una frustrazione delle aspettative (rispetto a una realtà attesa) richiede delle scelte dolorose, e che parzialmente questo rischio consta nel mettere in discussione le proprie sicurezze. Ogni passo nel processo di individuazione si scontra con questi sentimenti dolorosi di separazione, di colpa e vergogna, sentimenti di natura narcisistica, caratterizzati da una destabilizzazione del nostro *sfondo di sicurezza*. Lo scopo dell'analisi è proprio di costituire un'esperienza di base dove il paziente può vedere tollerate le proprie scelte, essere compreso sul fatto che vi è un motivo importante e significativo per la persona alla base di quelle scelte, anche le più disadattive, svenienti o amorali. L'analisi, grazie a questa comprensione, aiuta il paziente a scegliere più liberamente tra le diverse soluzioni adattive realisticamente a disposizione.

⁷² Fasano, A. (2009) Le sorprese della celiachia. *Le Scienze* 494, pp. 84-91.

Come è noto, Freud è stato all'inizio della sua carriera un rinomato medico internista e neurologo. Nel 1899 Freud decise tuttavia di abbandonare lo studio delle neurologia, e dedicarsi completamente alla psicologia clinica⁷³. Questo gli permise di fondare la psicoanalisi. In tutta la sua opera, tuttavia, troviamo dei richiami al fatto che egli riteneva questo allontanamento tra lo studio degli aspetti mentali e quello degli aspetti organici del tutto provvisorio⁷⁴.

Da allora, gli studiosi di neuroscienze e gli psicoanalisti hanno avuto un percorso scientifico e conoscitivo palesemente divergente. Il dialogo sui fondamenti teorici comuni alle due discipline non è mai stato del tutto abbandonato, ma sono state effettivamente rare le ricerche o le attività cliniche di raccordo tra i due punti di vista, quello introspettivo e la prospettiva neuroscientifica. Il problema è che entrambe le discipline, le neuroscienze e la psicoanalisi, fino a tempi recentissimi, si sono arrogate la supremazia scientifica sullo stesso dominio funzionale, la mente, considerando la propria prospettiva come l'unica esistente, in un certo senso confondendo la parte con il tutto. In questo, come i proverbiali ciechi che tastano le varie parti dell'elefante, si trae l'inevitabile risultato che apparentemente queste due discipline, le neuroscienze e la psicoanalisi,

⁷³ Freud, in un noto passaggio, ha spiegato così questa scelta: *“trascurerò completamente il fatto che l'apparato mentale di cui noi ci occupiamo ci è anche conosciuto nella forma di un preparato anatomico ed eviterò attentamente la tentazione di determinare la località psichica secondo una qualsiasi modalità anatomica. Restiamo sul terreno puramente psicologico e ci limitiamo a seguire il suggerimento di tracciare un quadro dello strumento che sorregge le nostre funzioni mentali che possa somigliare a un microscopio composto o a un apparecchio fotografico o qualcosa di simile. Su queste basi, la località psichica corrisponderà a un particolare punto all'interno dell'apparato nel quale si forma uno degli stadi preliminari dell'immagine. Nel microscopio o nel telescopio, come sappiamo, queste si creano in un punto ideale, in una regione in cui non esiste una componente tangibile dell'apparecchio.”* [Freud, 1899, p. 489-490]

⁷⁴ A questo proposito, Freud ha scritto: *“Dobbiamo rammentare che tutte le nostre idee provvisorie in psicologia dovranno essere un giorno basate su un substrato organico.”* [1915a, p. 448] oppure altrove troviamo *“L'edificio dottrinale della psicoanalisi è invero una sovrastruttura, che un giorno dovrà essere collocata sul suo fondamento organico. Ma non ci è ancora dato di sapere. Quello che distingue la psicoanalisi quale scienza non è la materia che essa maneggia ma la tecnica con la quale essa opera”* [1915-17, pp. 542]. Infine, *“L'indeterminatezza di tutte le nostre discussioni su quella che chiamiamo metapsicologia è naturalmente dovuta al fatto che non conosciamo nulla dei processi eccitatori che prendono luogo negli elementi dei sistemi psichici, e noi non possiamo sentirci giustificati di formulare nessuna ipotesi su questa materia.... le manchevolezze della nostra descrizione probabilmente svanirebbero se noi fossimo già in condizione di sostituire i termini psicologici con termini chimici o fisiologici[...]. La biologia è veramente una territorio di possibilità illimitata. Noi possiamo aspettarci da essa che ci dia le informazioni più sorprendenti e non possiamo indovinare che risposte restituirà in poche decadi rispetto alla questione che noi abbiamo proposto. Esse possono essere tali da spazzar via l'intero costruito artificiale delle ipotesi.”* [1920, pp. 216, 245]

non hanno avuto quasi nulla a che spartire l'una con l'altra, e questo è andato avanti per tanto tempo. Tale situazione sta lentamente cambiando: i neuroscienziati stanno iniziando a rivolgere la loro attenzione ai funzionamenti *interni*, ossia della vita soggettiva⁷⁵, e gli psicoanalisti stanno considerando l'ipotesi che sia importante, anche nel trattamento psicoanalitico, conoscere i *limiti dati dalla costituzione organica* di un individuo (a sua volta legati alla genetica e all'organizzazione anatomico-fisiologica del cervello del loro paziente). Gli psicoterapeuti si stanno accorgendo che è utile valutare realisticamente e distinguere in un paziente quello che in psicoterapia psicoanalitica *può essere cambiato* (ovvero derivante dalle inibizioni del paziente), e quello che *non può essere cambiato* (che deriva dalla sua natura costituzionale e genetica).

Tra i lavori pionieristici, per citare solo alcuni esempi coraggiosi di questo tipo di operazioni di raccordo nella ricerca, il lavoro di Galin⁷⁶ cercava di leggere in chiave interpretativa psicoanalitica il comportamento dei pazienti con il cervello diviso (*split brain*)⁷⁷. Galin riteneva, sulla base delle osservazioni fatte su questi pazienti, di poter localizzare a livello dell'emisfero cerebrale destro, l'Inconscio. Egli asseriva che le caratteristiche funzionali che Freud aveva attribuito al sistema Inconscio corrispondevano grossolanamente alle competenze dell'emisfero "silente", quello destro, mentre l'emisfero cerebrale "dominante", quello sinistro, avrebbe per le sue competenze linguistiche, aspetti correlabili al sistema Conscio e ai funzionamenti dell'Io, per come sono descritti in psicoanalisi. Queste conclusioni sono state poi ritenute troppo semplicistiche alla luce degli studi più recenti, tuttavia credo che lo studio di Galin sia da valorizzare come uno dei primi tentativi di riavvicinare (in un clima accademico, all'epoca, decisamente poco favorevole a questo tipo di operazioni) i lembi di uno scollamento tra lo studio delle manifestazioni soggettive e oggettive della mente. Un secondo tentativo di questo tipo, scientificamente ingenuo, quanto coraggioso e pionieristico, è stato compiuto anche in Italia negli anni '80 da Maria Teresa Bonaccorsi che ha pubblicato i suoi risultati sugli effetti benefici della psicoterapia psicoanalitica sui *disturbi organici* di bambini autistici. Bonaccorsi ha osservato che i bambini autistici trattati in psicoterapia avevano una significativa

⁷⁵ Beauregard, M. (2007) Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, 81 (4), pp. 218-236.

⁷⁶ Galin, D. (1974). Implications for psychiatry of left right cerebral specialisation: A neurophysiological context for unconscious processes. *Archives of General Psychiatry*, 31, pp. 572-583.

⁷⁷ Sperry R.W. (1974). Lateral specialization in the surgically separated hemispheres. In: F.O. Schmitt and F.G. Worden (Eds.) *The Neurosciences. Third Study Program*. Cambridge: MIT Press: 5-20.
Sperry, R.W. (1984). Consciousness, personal identity and the divided brain. *Neuropsychologia*, 22: 661-673.

riduzione degli attacchi epilettici rispetto ai bambini non trattati. Entrambi i gruppi erano ovviamente sotto controllo farmacologico anti-convulsivante⁷⁸.

La validità di questo approccio interdisciplinare (che va sotto il nome di *neuropsicoanalisi*) è ancora ampiamente fonte di dibattiti in tutto il mondo.

Arnold Pfeffer, un noto psicoanalista, nella prefazione al libro *Neuropsicoanalisi*⁷⁹ afferma:

Freud, nel suo "Progetto di una psicologia" del 1895 ha tentato di unire la disciplina nascente della psicoanalisi con quella delle neuroscienze dell'epoca. Ma questo succedeva oramai 100 anni fa, quando si iniziava appena a descrivere il neurone e Freud fu costretto – per mancanza di conoscenze adeguate – ad abbandonare il suo progetto. Abbiamo dovuto attendere molte decadi prima che diventassero finalmente disponibili i dati provvisti delle caratteristiche particolari che Freud aveva inizialmente cercato. Oggi, molti anni dopo, grazie ai progressi metodologici clinici e alla tecnologia scientifica, le neuroscienze contemporanee ci permettono di riprendere questa ricerca di confronto tra le scoperte di entrambe le discipline. Il metodo di studio usato da Karen Kaplan-Solms e Mark Solms si situa nella tradizione clinica di Aleksandr Romanovich Luria: questa mirava a stabilire i cambiamenti provocati nella psicologia del profondo da lesioni cerebrali localizzate, conseguenti a tumori, ad apoplezie o a resezione chirurgica, correlandoli poi con i dati provenienti da un'esplorazione psicologica approfondita. In questo modo, può essere determinata l'organizzazione neurologica delle diverse funzioni mentali, un argomento d'importanza centrale per lo psicoanalista.

Ora i limiti di questo metodo vengono proprio dal fatto che nella grande maggioranza dei casi questi pazienti non hanno una valutazione di struttura di personalità precedente alla lesione ed è quindi difficile distinguere se sia stato proprio il disturbo neurologico a causare una regressione o un ritiro narcisistico per l'insulto subito (come, di fatto, avviene per ogni malattia fisica), oppure come sostiene chi si occupa attivamente di neuropsicoanalisi, che effettivamente è stata la lesione cerebrale a provocare le modificazioni della personalità osservate in questi pazienti e che queste modificazioni hanno caratteristiche specifiche, regolari e che si ripresentano eguali in pazienti diversi, cioè con aspetti costituzionali e con una storie personali completamente differenti l'uno dall'altro.

Come affermano⁸⁰ Solms e Turnbull, a proposito del confronto tra neuroscienze e psicoanalisi:

⁷⁸ Bonaccorsi, M.T. (1980) *La psicoterapia analitica del bambino organico*. Milano edizioni Anfora.

⁷⁹ Kaplan-Solms, K., Solms, M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*. London: Karnac. Trad. It. (a cura di Clarici A.) *Neuropsicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*. Tr. it Raffaello Cortina, Milano 2002.

⁸⁰ Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York: Other Press. Trad. It. (a cura di Clarici A.) *Il cervello e il modo interno*. Milano Raffaello Cortina Editore. 2003.

La prospettiva osservazionale adottata della psicoanalisi genera dei dati di tipo estemporaneo, difficili da trattenere. Descrivere l'esperienza soggettiva – che rappresenta il campo stesso di studio della psicoanalisi – appare spesso un'impresa quasi impossibile. Questo fatto è strettamente legato alla natura stessa dell'oggetto d'indagine. In pratica, ciò che non può essere “fermato” non può essere misurato. A ciò si aggiunga il fatto, forse ancora più importante, che l'esperienza è per definizione soggettiva. In altre parole, essa è singolare e unica, e, in quanto tale, osservabile solamente dal soggetto stesso. Per questa ragione, non sarà mai possibile trovare due osservatori di un'esperienza soggettiva che possano trovarsi d'accordo; essi si trovano nella condizione di essere letteralmente impossibilitati a vedere la stessa cosa. È vero che essi possono osservare lo stesso tipo di cose e possono, pertanto, confrontare le loro conclusioni, allo scopo di raggiungere delle generalizzazioni consensuali. Ad ogni modo, proprio per questa ragione, la conoscenza risultante (o, almeno, quella relativa ad argomenti di reale interesse) diventa sempre più incerta. Le conclusioni più generali si trovano quindi, in massima parte, molto distanti dall'oggetto di studio originale (cioè dai dati grezzi della soggettività).

Gli psicoanalisti possono consolarsi con il fatto che l'inaffidabilità della loro conoscenza è una conseguenza del modo in cui la mente funziona, ma è una consolazione solo parziale! Devono infatti fare i conti con il fatto che esiste un altro ramo della conoscenza che studia la stessa materia – “la mente” – e le conclusioni di quest'ultimo filone di ricerca sembrano essere molto più affidabili. [...] Sarebbe un grave errore concludere (come molti sono tentati a fare) che la scienza mentale può pertanto fare a meno della psicoanalisi. Dato che la psicoanalisi e le neuroscienze cognitive studiano lo stesso oggetto, e che le conclusioni delle neuroscienze cognitive sono assai più affidabili, ci si potrebbe allora in effetti chiedere: “Che bisogno c'è, allora, della psicoanalisi?”. La risposta è che la psicoanalisi ci dà accesso ai funzionamenti interni dell'apparato mentale, funzionamenti che non possono essere studiati – per meglio dire, non possono essere letteralmente neanche visti – dal punto di vista dell'“oggettività”. I sentimenti sono un esempio perfetto al riguardo. Essi non possono essere visti, ma certamente esistono. I sentimenti sono parte della natura e, come tali, hanno degli effetti su altre parti della natura, incluse quelle parti che possono essere anche osservate direttamente.⁸¹

Se la si accetta con questi limiti metodologici, tecnici e intrinseci, l'area studiata dalla neuropsicoanalisi risulta affascinante, e i campi di indagine più interessanti sono stati lo studio di pazienti lesioni cerebrali in psicoanalisi⁸² e lo studio della fenomenologia e dell'organizzazione cerebrale dell'attività onirica⁸³. Un altro campo di indagine in neuropsicoanalisi è stato lo studio degli effetti degli psicofarmaci su pazienti che sono in psicoterapia psicoanalitica, valutando

⁸¹ Si pensi, per esempio, al suicidio e all'omicidio, due fenomeni che dimostrano efficacemente che i sentimenti hanno effetti estremamente concreti.

⁸² Clarici, A. & Giuliani, R. (2008). Growing up with a brain-damaged mother: anosognosia by proxy? *Neuro-Psychoanalysis*, 2008, 10 (1).

⁸³ Solms M. (1997). *The Neuropsychology of Dreams*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

come le alterazioni neurochimiche indotte dai farmaci, modificano il processo psicoanalitico (e viceversa)^{84, 85}.

Lo studio del mondo interno del paziente sarà sempre soggetto ai limiti e ovviamente all'impossibilità, da parte di un osservatore esterno, di "oggettivare il soggettivo": questo è il limite invalicabile che la neuropsicoanalisi non può superare. Tuttavia questa disciplina può essere estremamente utile da un punto di vista divulgativo per diffondere, tra studenti o professionisti in formazione nei due campi (neuroscienze e psicoanalisi) scoperte effettuate in ciascuno dei due campi, trovando corrispondenze consensuali. In particolare, le deduzioni metapsicologiche effettuate da Freud su meccanismi inconsci, sulle determinanti motivazionali dell'attività onirica, appaiono congruenti con i dati che ci vengono dal modo in cui i pazienti neurologici modificano la loro visione del mondo dopo una lesione specifica al cervello. Anche le neuroscienze iniziano ad avvalersi di queste osservazioni.

Sono invece dell'avviso che questo tipo di conoscenze non potrà influenzare la metodologia psicoanalitica, poiché, pur con tutte le informazioni sui funzionamenti psichici che possono essere confermate dalla realtà oggettiva che questa disciplina può dare per comprendere il mondo interno, l'analista dovrà continuare ad indagare mediante identificazione, ossia mettendosi a contatto con i sentimenti e i vissuti del paziente.

Un campo applicativo invece dove la neuropsicoanalisi potrebbe trovare un'indubbia utilità clinica è la psicoterapia di pazienti neurologici. Il progressivo affinamento degli aspetti tecnici da attuare nella psicoterapia con pazienti diversi, ma accomunati da una lesione localizzata a una specifica parte del cervello, porterà a una possibilità aggiuntiva nella riabilitazione di pazienti finora ritenuti non trattabili, per i quali la psicoterapia non era indicata, almeno non come prima scelta rispetto all'approccio farmacologico o riabilitativo.

Solms ha descritto ad esempio il caso di un paziente affetto demenza di carattere aterosclerotico multi-infartuale che si lamentava di "non reggere più", ossia di non farcela a continuare a vivere, per gli effetti notturni del suo disturbo neurologico. È noto in letteratura che questi pazienti hanno dei sintomi di confusione e agitazione notturna, accompagnati da un comportamento spesso incontenibile: essi infatti si svegliano e non distinguono tra il sogno e la realtà. Il paziente era stato da numerosi neurologi e psichiatri ma non aveva trovato alcun giovamento per il suo problema: i medici gli spiegavano meticolosamente che quel sintomo faceva parte del quadro clinico "classico" della sua malattia e che non si poteva fare nulla. La domanda che nessuno degli psichiatri e neurologi consultati dal paziente si era chiesto è perché

⁸⁴ Ostow, M. (1962). *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Basic Books, New York.

⁸⁵ Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York.

“classicamente” questi episodi confusionali accadono proprio di notte. In genere questi episodi sono caratterizzati da risvegli angosciosi: il paziente in questione in particolare era terrorizzato, nella convinzione che c’era una persona estranea in casa, che gli voleva fare del male, cercava di scacciarla, spesso prendendosela anche con la moglie che cercava di dissuaderlo e convincerlo che non c’era nessuno. Sulla base delle sue conoscenze neuropsicologiche e psicoanalitiche combinate, Solms gli ha spiegato che questa sindrome si presenta la notte in quanto nei pazienti con compromissione delle funzioni di controllo esecutivo (situati in sede dei lobi frontali del cervello), tali funzioni regolatorie sono ulteriormente diminuite durante l’attività onirica. L’elemento tuttavia di maggiore importanza clinica è che solo dopo sei mesi di terapia psicoanalitica questo paziente ha preso sufficiente consapevolezza dei suoi sintomi al punto da riuscire a convivervi. Ovviamente il paziente ha continuato a svegliarsi ed avere confusioni (date dall’attivazione del sogno e dalla sua menomazione cerebrale prefrontale), ma grazie alla psicoterapia ora si riesce a rassicurare e a riaddormentare.⁸⁶

In questo senso è possibile quindi vedere l’importanza di questo approccio in una grande varietà di casi clinici. Un percorso che permetta di conoscere il paziente come *persona* e all’interno del quale si possa sviluppare la fiducia del paziente, renderlo/a progressivamente consapevole dei propri conflitti (quanto in sostanza offerto in ogni psicoterapia psicoanalitica ben condotta) può portare significativi benefici alla qualità di vita del paziente, in particolare se abbinato a delle conoscenze neuropsicologiche.

LA RICERCA MEDIANTE IL CONFRONTO CON LA PSICOLOGIA EVOLUTIVA: L’OSSERVAZIONE DEL BAMBINO

Abbiamo visto come Anne Marie Sandler (2005) ha equiparato quelli che sono i processi conoscitivi dello scienziato a quelli che si verificano nel bambino nel corso del suo progressivo inserimento nel mondo sociale. Le teorie che gli scienziati costruiscono per render conto delle proprie percezioni sono quindi il prodotto di processi di pensiero e quindi dell’attività dello scienziato per raggiungere un test di realtà che riesca a contenere gli effetti di fattori di distorsione provenienti dall’inconscio sui contenuti percettivi. La Sandler ha affermato che l’attento studio dei metodi usati dal bambino nel corso del suo progressivo adattamento, può suggerire delle tecniche di ricerca che soddisfano tutti i requisiti di un metodo scientifico e che hanno tuttavia una particolare applicazione sull’osservazione della teoria psicoanalitica. Il bambino acquisisce quindi progressivamente una costruzione di rappresentazioni o di organizza-

⁸⁶ Solms, M. (2009). Comunicazione personale. Londra: Attività congressuale per l’11° Congresso della International Neuropsychoanalytic Society (Seattle, 23-25 luglio 2010).

zioni di esperienze sempre più complesse. Sulla base di questo sviluppo, il bambino, dice la Sandler, acquisisce delle competenze di interazione col mondo reale e della sua realtà interna, tra le quali l'acquisizione dei modelli di realtà trasmessi dai suoi genitori e dagli educatori. Questi "organizzatori interni" sono quindi poi usati dal bambino per comprendere gli aspetti significativi del mondo dal punto di vista relazionale. Tutto ciò ovviamente è influenzato dall'inconscio, ovvero dai suoi desideri e fantasie.

Nel bambino, lo studio dello sviluppo di queste competenze relazionali è costituito un altro esempio di "ricerca di confine" con la psicoanalisi. Importanti esperienze sviluppatosi negli ultimi 40-50 anni intorno all'osservazione del bambino piccolo e del neonato hanno dato importanti ricadute alla teoria psicoanalitica. La formazione dell'osservazione del bambino di matrice psicoanalitica (*infant observation*) prevede un *training*, in cui lo psicoterapeuta si trova nel ruolo di *osservatore* all'interno di una famiglia dove è appena nato (o sta per nascere) un bambino. Questa esperienza permette all'analista di confrontarsi con quelle che sono le aspettative cosce, e inconscie, della madre, o di entrambi i genitori, sul nascituro e di seguire la relazione con il bambino nel tempo. L'osservazione del "neonato visto da vicino" è un'esperienza intensa, che mette a contatto il terapeuta anche con quelle che sono le ansie infantili (anche proprie), stimulate dalle interazioni mamma-bambino cui è esposto. La fonte principale di innovazione della ricerca nello studio del neonato, ci ha permesso di osservare l'andamento delle aspettative cosce e inconscie dei genitori: se tra queste esiste lo spazio in cui si possano strutturare le prerogative individuali, le tendenze temperamentali e caratteriali proprie del neonato, lo sviluppo psichico potrà procedere all'interno di tutta la famiglia. Inoltre, l'*infant observation* rappresenta una importante attività formativa per giovani psicologi e medici che decidano di avvicinarsi alla psicologia clinica e alla psicoterapia psicoanalitica. In questa attività, infatti, se da una parte gli osservatori si vedono impegnati in una costante opera dell'esame di realtà (una funzione dell'Io derivante dai processi percettivi diretti verso il mondo esterno) del comportamento del neonato nel corso dello svilupparsi della sua relazione con la madre, allo stesso tempo, la revisione di queste osservazioni permettono, come diceva la Sandler, lo sviluppo di nuove modalità e strumenti di conoscenza, se anche l'osservatore attento si identifica poi e riflette sui i processi conoscitivi del bambino. La Sandler insiste sulla constatazione che l'attento studio degli adattamenti, e dei metodi adottati dal bambino per comprendere il mondo nel corso del suo sviluppo possa suggerire delle tecniche formali di ricerca anche per la scienza. Uno dei fondamenti dell'esperienza dell'osservazione del neonato consiste nell'avvicinare una persona adulta (quindi, si presume, dotata di un efficiente esame di realtà), interessata allo studio delle relazioni con quanto accade in una famiglia dove è presente un neonato. Il neonato non possiede ancora un esame di realtà ben integrato, e per questo a volte l'esperienza dell'osservazione

infantile può essere disorientante. Nelle discussioni del gruppo di lavoro sulle osservazioni svolte in famiglia è possibile vedere emergere da quella che può sembrare una situazione confusa, o incomprensibile, delle teorie e ipotesi dell'osservatore su quello che è successo nella relazioni in seno a quella famiglia, un processo che gradualmente affina anche, mediante lo sviluppo dell'esame della realtà concettuale, ovvero delle proprie teorie private e ufficiali sul funzionamento psichico. Quest'opera di costante revisione è alla base del lavoro di crescita professionale dello psicoterapeuta.

3. Il modello psicoanalitico strutturale della mente: da Freud a Sandler

«La psicoanalisi è come cercare un ago in un pagliaio che non esiste più» Alda Merini⁸⁷

Freud ha chiamato *metapsicologia* quel corpo di conoscenze teoriche che cerca di descrivere l'architettura dell'apparato psichico e di illustrare i suoi funzionamenti. Il campo della metapsicologia è quindi quello dell'indagine *concettuale* e ben si presta, pertanto, alla ricerca mediante il *test di realtà concettuale* (di cui abbiamo parlato sopra).

Gli altri due principali campi d'indagine della psicoanalisi, ossia la *teoria della tecnica* e la *metodologia analitica* nella clinica (cioè come avviene effettivamente il lavoro con i pazienti), presentano delle difficoltà intrinseche date dalla componente individuale e soggettiva presente in ogni paziente e in ogni analista. Infatti, per quanto riguarda la *teoria della tecnica*, abbiamo accennato al fatto che l'applicazione effettiva della tecnica, nel lavoro analitico con un determinato paziente, deriva dalla *teoria psicoanalitica ufficiale* (quella che, in genere, ci viene trasmessa dalla scuola di formazione teorica di appartenenza, ad esempio freudiana, kleiniana, lacaniana, etc.) e dalla *teoria privata* dell'analista, quella derivante dalla propria esperienza, cioè dalle percezioni (spesso preconsce) che ci giungono della realtà del paziente. La definizione di psicoanalisi in modo univoco non può quindi dipendere dalla tecnica psicoanalitica adottata. Quello che differenzia la psicoterapia psicoanalitica dalle altre, ma che allo stesso tempo è il comune denominatore di psicoterapie tecnicamente anche molto diverse tra loro in seno alla psicoanalisi, è la *metodologia*. La metodologia, in psico-

⁸⁷ Frase attribuita alla poetessa. Ringrazio il dottor Coen Pirani per la segnalazione della citazione.

analisi, riguarda il lavoro con il paziente mediante il metodo per *identificazione* e si presta a una convalida (o a essere confutato) per quanto accade all'interno della relazione con il paziente stesso. Come abbiamo visto nel capitolo precedente, ogni tentativo di divulgazione all'esterno di quanto avviene all'interno della relazione analitica, ad esempio mediante il resoconto di una seduta, per quanto accurato, è soggetto a inevitabili distorsioni della realtà soggettiva, in quanto *trasposizione all'esterno* di ciò che avviene in analisi, ovvero nella *relazione stessa*. Non esiste quindi un modello metapsicologico in psicoanalisi che sia più vero di un altro: la teoria psicoanalitica, in quanto modello, è una rappresentazione schematica, che deriva da *altre relazioni* (con il proprio analista, con i propri supervisori, con la propria lettura di Freud, Klein, Sandler, Lacan, etc.). In analisi, la teoria può essere utilissima finché guida (e rassicura) l'analista nel suo sforzo di comprensione; allo stesso tempo, proprio dalla consapevolezza che la teoria non è certo nata dall'osservazione del paziente che ha davanti a sé in un dato momento, è bene che l'analista adatti il proprio modello teorico affinché esso non interferisca con la verità nuova e attuale della relazione tra analista e paziente.

IL MIO ORIENTAMENTO IN PSICOANALISI

Il mio quadro di riferimento teorico è costituito dalle concettualizzazioni psicoanalitiche freudiane riformulate e approfondite nel lavoro di Joseph e Anne Marie Sandler, due psicoanalisti (marito e moglie nella vita) dell'*Anna Freud Center* di Londra. Queste formulazioni teoriche mi sono state trasmesse presso il Centro Studi di via Ariosto a Milano⁸⁸, costituito da un gruppo di psicologi, psicoterapeuti e psichiatri che hanno avuto per lunghi anni continuativi rapporti di formazione e di lavoro con i Sandler. Devo a questi maestri della scuola di Milano la mia formazione in psicoterapia.

In questo capitolo, approfondiremo quindi un particolare modello di teoria metapsicologica (dei molti esistenti in psicoanalisi). Da quanto segue, risulterà chiaro che la scelta di questo modello non riflette un generale consenso sulla validità scientifica, un primato metodologico o di efficacia terapeutica della psicoanalisi che segue questo modello. Come abbiamo sottolineato nelle premesse, la metodologia in psicoanalisi è univoca e riflette il lavoro dell'immedesimarsi con il paziente per comprendere l'intima natura dei suoi conflitti. Il modello metapsicologico che descriverò esprime la mia personale scelta metapsicologica, ossia a quale delle teorie psicoanalitiche ufficiali mi sono attenuto per cercare di com-

⁸⁸ Si vedano, per informazioni il sito <http://www.centrostudiariosto.it> e il sito <http://scuolapsicoterapiaravenna.net>.

prendere come funziona l'apparato mentale. Nel lavoro clinico con i pazienti, il *modello neofreudiano* dei Sandler è stato quello che mi ha offerto un maggiore senso di *consensualità* con gli altri dati di realtà che facevano parte delle mie esperienze e che continua a fornirmi quegli strumenti che trovo utili nel mio lavoro di psicoterapeuta. La maggior parte dei teorici che, in psicoanalisi, si cimenta con commenti o critiche del lavoro di pensatori che hanno intrapreso formazioni psicoanalitiche diverse, lo fa, molto spesso, "per sentito dire" o "per aver letto qualcosa". In questo testo, non vi sono molti commenti di questo tipo: i commenti presenti in queste pagine su "altre scuole" (oltre a quella neofreudiana, che sento più vicina) riguardano tuttavia anch'essi delle osservazioni che ho svolto, provando direttamente a utilizzare gli strumenti teorici di autori diversi (mi riferisco, in particolare, alle teorie psicoanalitiche kleiniane⁸⁹ e a qualche teoria dello sviluppo mentale di matrice neuropsicologica, modelli da me seguiti per un periodo circoscritto nella mia formazione). Ho aggiunto commenti di questo tipo al testo solo quando li ho sentiti necessari per un confronto tra più scuole di pensiero all'interno della psicoanalisi (o con altre discipline, come le neuroscienze), che mi hanno, in periodi diversi, aiutato a pensare a cosa succedeva ai pazienti che vedevo.

La scelta del proprio modello teorico è da qualcuno ritenuta un processo del tutto razionale; altri affermano, all'opposto, che è frutto di eventi del tutto casuali. È senz'altro vero che vi sono dei fattori contingenti esterni che possono condizionare grandemente la scelta del proprio indirizzo di pensiero. Anche la collocazione geografica e storica di un aspirante terapeuta può determinarne la formazione: ad esempio, se ci si forma in Francia sono più alte le possibilità di intraprendere una formazione lacaniana, in Inghilterra una formazione kleiniana e winnicottiana, o se si studia in Svizzera, Jung è in genere il teorico che lì va per la maggiore. Questi sono gli indirizzi prevalenti in tali paesi, in relazione alla offerta formativa più diffusa. Credo tuttavia che la scelta professio-

⁸⁹ Ritengo che in questo testo vi sia un'unica eccezione a questa regola che mi sono autoimposto e, precisamente, nel riferimento che faccio alla teoria di Jacques Lacan sull'identificazione, una teorizzazione che ho sempre trovato molto interessante. Tuttavia, essendo Lacan un autore che non ho mai studiato approfonditamente (tantomeno me ne sono avvalso per il mio lavoro con i pazienti), ho sentito la necessità di esporre il mio elaborato sull'argomento a due psicoanalisti lacaniani, per cercare di rassicurarmi che non avevo stravolto eccessivamente le idee dell'autore. Credo che sia degno di nota che il responso sullo stesso elaborato è stato diametralmente opposto: il primo psicoanalista mi ha confortato dicendomi che, fondamentalmente, quanto scritto rifletteva quello che aveva detto Lacan anche se, a rigor del vero, mi ha fatto notare che lo avevo un po' "stiracchiato" per adattarlo alla mia argomentazione; il secondo analista mi ha invece detto, senza mezzi termini, pur con benevolenza, che non avevo capito nulla di Lacan. Questo per ribadire (una volta di più quanto già esposto nel capitolo precedente) quanto sia difficile conciliare le "teorie private" dei singoli professionisti, basate sull'esperienza, con la Babele delle lingue psicoanalitiche, ciascuna con la sua "teoria ufficiale".

nale e metodologica sia maggiormente il prodotto di momenti di caratterizzazione della vita professionale di ogni psicoterapeuta, che riflette la sua personalità, il suo temperamento, le sue convinzioni, le sue *identificazioni* (a volte, con pensatori psicoanalitici idealizzati) e *controidentificazioni* (spesso ho sentito giovani studenti – peraltro anche navigati “professionisti della psiche” – dire, dopo iniziali o sommarie letture psicoanalitiche, “*non avrei mai potuto fare un’analisi freudiana: i freudiani sono troppo rigidi*”). Il vero aspetto formativo si fonda ovviamente sull’esperienza, cioè sul *training* psicoanalitico professionale, e ancora di più sull’analisi personale. In questo senso, nonché tenendo conto di tutti questi fattori, il *mio orientamento in psicoanalisi* è il frutto di una complessa esplorazione personale avvenuta fondamentalmente intorno a una transizione progressiva dalla metodologia scientifica per manipolazione di variabili alla metodologia scientifica per identificazione. Un periodo di passaggio dove questi metodi si sono anche grandemente trovati a sovrapporsi, a volte creando dei conflitti consci o preconschi, nel modo di affrontare professionalmente sia la teoria, che la pratica clinica con i pazienti.

Ho sentito l’esigenza crescente di ridefinire e riunire la mia esperienza analitica personale e la mia esperienza di *training* analitico, concentrando la mia fonte di formazione in una scuola che si ispira al modello clinico e metapsicologico proposto dei coniugi Sandler, Joseph e Anne Marie, una coppia di psicoanalisti che è cresciuta a diretto contatto con la figlia di Freud, Anna. Gli psicoanalisti italiani formati con i Sandler hanno poi fondato (oramai più di quaranta anni or sono) il *Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica di Milano*, noto semplicemente come *Centro di Via Ariosto*, dove ho dapprima frequentato per un breve periodo la *Scuola di psicoterapia psicoanalitica della famiglia* e poi proseguito la mia formazione di psicoterapeuta psicoanalitico nella *Scuola di psicoterapia psicoanalitica individuale dell’adulto*.

IL MODELLO PSICOANALITICO DI JOSEPH E ANNE MARIE SANDLER

Descriverò ora il modello metapsicologico dei Sandler, quello che utilizzo come chiave di lettura (la mia “teoria ufficiale”) per l’applicazione dell’*esame di realtà* e per l’*esame concettuale*, nel cercare di comprendere la clinica. Nei prossimi paragrafi approfondiremo alcuni importanti concetti di base della psicoanalisi, utili nella clinica. In particolare, viene descritta una riformulazione del *funzionamento inconscio* originariamente proposto da Freud nella teoria strutturale, per come è stato proposto da Joseph e Anne Marie Sandler, nel *modello delle tre scatole* (*three-box model*⁹⁰). Oltre a quanto già esposto sopra, questo modello psi-

⁹⁰ Sandler, J., Sandler, A.-M. (1983). “Second censorship;” “Three box model”: technical implications. *International Journal of Psychoanalysis*, 64:413-426.

coanalitico, a mio avviso, è un *modello metapsicologico* che dimostra molte congruenze con le conoscenze provenienti dalle altre discipline scientifiche, quali la psicologia cognitiva, la psicologia dello sviluppo, la psichiatria evoluzionistica e le neuroscienze. Per illustrare quelle che sono le basi del modello neo-freudiano dei Sandler, credo sia necessario chiarire alcune delle premesse sulle quali si basa questo modello teorico, vista la solida coerenza e continuità con la metapsicologia freudiana.

I TRE SCHEMI DI RIFERIMENTO DI FREUD

Riassumeremo qui brevemente quelli che sono stati i modelli di partenza di Freud: (1) lo *schema di riferimento del trauma affettivo*, (2) lo *schema di riferimento topografico* e (3) lo *schema di riferimento strutturale*.

Freud sviluppò il suo primo modello metapsicologico, lo *schema di riferimento del trauma affettivo*, in un periodo non facilmente delimitabile, comunque tra il 1880 e il 1897. In estrema sintesi, esso sostiene che la mente possa essere soggetta, a causa di un evento psichico traumatico esterno, a una dissociazione che genera da una parte un compartimento psichico conscio e dall'altra un altro, inconscio (si veda la Figura 3). Quello che distingue questo modello da quelli che Freud formulerà di seguito, è l'ipotesi che un *trauma* (un evento reale vissuto dal soggetto) promuove la dissociazione della mente in due "zone". Questa dissociazione avviene in particolare grazie a un meccanismo psichico teso alla difesa dal *dolore* (o dall'attesa del dolore), che deriverebbe alla coscienza dallo stimolo potenziale dato dal ricordo traumatico. Freud quindi, in questa fase, si riferisce chiaramente a un *evento reale immagazzinato nella mente nella forma di un ricordo* (di un vissuto traumatico). Questo ricordo, inteso come stimolazione originata dall'esterno, è troppo intenso per essere tollerabile e, pertanto, risulta destabilizzante per l'integrità stessa della persona. Freud riteneva che un trauma quale, ad esempio, un abuso subito durante l'infanzia, o un'esperienza di maltrattamenti, una grave deprivazione o una perdita luttuosa non elaborata (in sostanza qualcosa proveniente da *fuori*) fosse il *generatore primario* di questa suddivisione della mente in compartimento conscio e inconscio⁹¹.

⁹¹ Un corollario necessario a spiegare molti fenomeni clinici che si riscontrano nella patologia mentale di questo modello consiste nel fatto che una volta che il ricordo dell'evento traumatico viene spostato nel compartimento inconscio, esso, anche se non richiamabile alla coscienza, continua a esercitare il suo influsso attraverso una scarica libidica (oggi diremmo affettiva) che supera la barriera di accesso alla coscienza. Questa scarica raggiunge comunque la superficie cosciente nella forma di un *derivato* trasformato del contenuto rimosso (un sintomo, un sogno o una fantasia, ovvero un disturbo psicopatologico vero e proprio o un comportamento regressivo che porta il soggetto a un livello precedente in qualche area dello sviluppo).

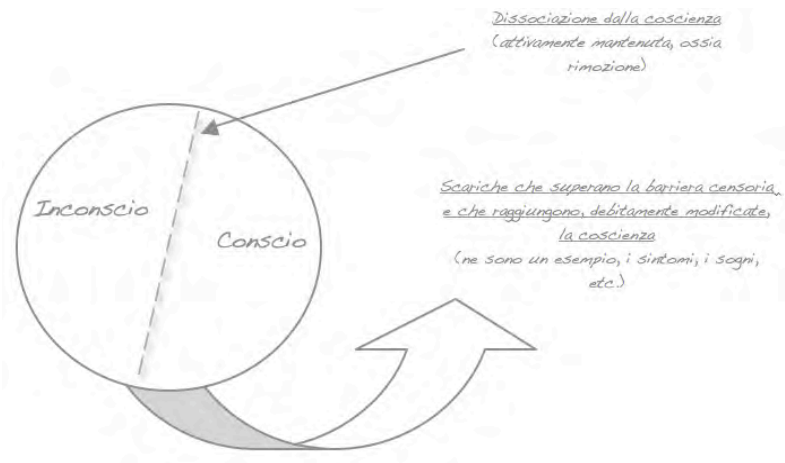


Figura 3: Il primo modello freudiano di riferimento del trauma affettivo

Freud, affinando l'uso della metodologia psicoanalitica, incominciò ad ascoltare i suoi pazienti nevrotici e le sue pazienti isteriche in modo diverso, cercando di comprendere il significato profondo delle loro comunicazioni: egli scoprì presto che non era necessario che un evento fosse effettivamente accaduto, nella realtà esterna, per tradurre in sintomi isterici il suo potenziale traumatico, bensì era sufficiente che si fosse presentato nella *fantasia*. Era sufficiente quindi un evento puramente mentale per promuovere la rimozione, con la conseguente compartimentazione della mente in conscio e inconscio. Nel secondo schema di riferimento di Freud (detto anche *I topica*, o *schema di riferimento topografico*), durante lo sviluppo della mente infantile, non sono quindi più gli eventi traumatici reali i *generatori primari* dell'Inconscio dinamico, ma gli eventi intrapsichici.

A partire dal 1897, Freud ha quindi apportato importanti innovazioni al suo pensiero e alla sua tecnica. La prima è stata l'enfasi posta da Freud sul *mondo interno*: gli eventi che possono fungere da potenziali perturbanti dell'esperienza soggettiva non provengono tanto dall'esterno, quanto e specialmente dall'interno dell'individuo. Sono quindi le rappresentazioni psichiche di quello che *immaginiamo, pensiamo, fantastichiamo* a mettere in movimento l'apparato psichico e creano nel soggetto l'esigenza di proteggere la coscienza con particolari meccanismi di difesa (ad esempio, con la rimozione)⁹². Questo secondo schema

⁹² Se Freud ha, da qui in poi, enfatizzato l'importanza delle componenti motivazionali interne, oggi sappiamo che sono parimenti importanti, quali generatori di attività psichica, gli stimoli che ci giungono dalla realtà esterna: in questa fase, tuttavia, Freud privilegia l'ipotesi che i sin-

di riferimento freudiano, il *modello topografico*, contiene quindi una seconda grande innovazione per la comprensione delle suddivisioni e dei funzionamenti della mente: l'Inconscio non appare qui più come il prodotto di una rimozione, quindi presente solo nella persona traumatizzata, ma tale sepimentazione dell'apparato psichico diventa ora un *fenomeno universale*, presente in ogni essere umano. La particolare suddivisione del secondo schema di riferimento freudiano comporta una compartimentazione della mente a tre "zone"⁹³, che a questo punto Freud chiama "sistemi", separati da due barriere di contatto, la *prima* e la *seconda censura*. Il primo compartimento è quello della *Coscienza*, che rappresenta tutto quello che abbiamo consapevolmente in mente in ogni istante: Freud ha sempre associato questa particolare funzione ai processi percettivi e a tutti quei processi che oggi chiamiamo cognitivi (attenzione, memoria, abilità prassiche, linguaggio, etc.). Il secondo compartimento è il *preconscio* e contiene tutte quelle rappresentazioni mentali che possono essere richiamate alla nostra consapevolezza dalla nostra memoria mediante uno sforzo attenzionale. È quindi una zona della mente di cui non siamo costantemente consapevoli (essa è *descrittivamente inconscia*, si veda la Figura 4).

La terza zona, invece, è il territorio del *rimosso*: Freud lo intende, in questa fase, come un *contenitore* (il "calderone ribollente") di tutto ciò che abbiamo in qualche momento della nostra vita percepito, immaginato o vissuto e che, non potendo essere tollerato dalla nostra coscienza corrente, è stato spostato al di là della prima barriera (o *prima censura*) dalla rimozione. Questa censura, secondo Freud, è anche alla base dell'amnesia infantile e si consolida nel bambino intorno al quarto o quinto anno di vita. Al di "sotto" di questa censura si trovano quindi quelle esperienze infantili precoci che, secondo Freud, non possono più essere accettate dal bambino più grande, tanto meno dall'adolescente o dall'adulto. Esse, tuttavia, continuano a esercitare la loro influenza attraverso la carica affettiva contenuta nell'evento o nel pensiero originario, che diventa un derivato comportamentale di superficie (ad esempio, un sintomo o un sogno). Questo *sistema Inconscio*, che Freud descrive come "*un calderone ribollente*" di contenuti rimossi (alcuni dei quali affluiscono alla coscienza nella forma di *derivati*), è detto anche *inconscio dinamico*: esso contiene, secondo il modello di Freud che si sta descrivendo, rappresentazioni mentali e *forze* motivazionali che sono trattenute, inibite e controllate da meccanismi dinamici di controforza.

tomi isterici siano generati non tanto dagli stimoli esterni, quanto da stimoli inconsci interni.

⁹³ Zone o luoghi (da greco, *tòpos*, pl. *tòpoi*) della mente: da qui l'introduzione del termine di *prima topica*. Il secondo modello di riferimento nella metapsicologica freudiana è detto *topografico*, appunto, perché è il primo a tracciare una geografia dei luoghi della mente. Freud poi tratterà diversamente questa geografia nel terzo schema di riferimento che è detto *modello strutturale*, ovvero *seconda topica*.

Questi dispositivi mentali frenanti e di protezione sono le *difese psicologiche*⁹⁴. Anche tra il sistema *Conscio* e il sistema *Preconscio* esiste una barriera, la *seconda censura*. Come vedremo in seguito, Freud diede a questa barriera il significato dinamico di fine regolazione di quanto può accedere alla coscienza e, nella psicoanalisi contemporanea neofreudiana, questa censura avrà un ruolo anche più importante.

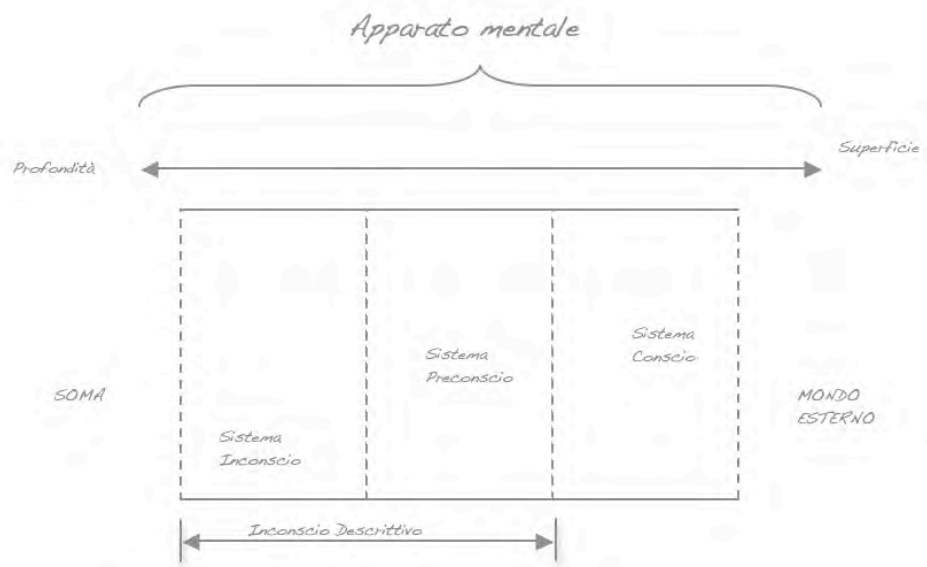


Figura 4: I “sistemi” dell’apparato mentale nel modello di riferimento topografico

L’apparato psichico, nell’ultima concettualizzazione proposta da Freud, prevede una drastica revisione del modello topografico: Freud, nel suo terzo schema di riferimento dell’apparato psichico, introduce la dimensione *strutturale* (*modello strutturale*, o *seconda topica*). Sono due le ragioni che portano Freud a rivedere il suo modello di funzionamento dell’apparato psichico: (1) la centralità dell’*ansia* come segnale⁹⁵, che mette in moto le esigenze difensive della mente, e (2) l’idea

⁹⁴ Freud, A. (1936). *L’Io e i meccanismi di difesa*. G. Martinelli Editore, Firenze.

⁹⁵ Freud, S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol 10.

che l'equilibrio omeostatico della mente sia messo costantemente a rischio da fonti di *conflitto psicologico*. L'esistenza del conflitto giustifica il fatto che il mondo rappresentazionale di ogni individuo si trovi, costantemente, teso in uno sforzo per riassetare un equilibrio psichico in qualche misura sempre precario, in quanto soggetto simultaneamente a molteplici spinte motivazionali diverse, provenienti volta per volta dall'esterno o da altri compartimenti inconsci, che possono collidere tra loro. Quando queste forze entrano in contrasto, causano una tensione strutturale nell'individuo, questa genera l'ansia e si modifica la regolazione del funzionamento cosciente e del comportamento. Sandler sosteneva che l'omeostasi affettiva dell'individuo si basa sulla *funzione giroscopica delle fantasie*⁹⁶. La fantasia avrebbe pertanto una funzione di riequilibrio affettivo a fronte di ogni destabilizzazione nel nostro mondo interno. Le fantasie sono rappresentazioni interne in cui è presente il soggetto, collocate in uno scenario immaginario che raffigura una realtà desiderata; tuttavia, esattamente come accade nel sogno, una realtà che è debitamente modificata nel mondo interno (della mente). Le fantasie sono quindi rappresentazioni di specifiche relazioni d'oggetto desiderate, non sempre accettabili dalla coscienza e opportunamente modificate dalle difese psicologiche. Come vedremo nei capitoli successivi, ciascun individuo, secondo modalità diverse a seconda del proprio carattere, è costantemente teso a far collimare le proprie fantasie e la realtà in una condizione di sufficiente equilibrio (si veda, a questo proposito, i diversi meccanismi di *attualizzazione* in nota alla sezione "Omeostasi familiare e omeostasi individuale" nel capitolo 5).

In questo terzo modello della mente, detto appunto "strutturale", Freud evidenzia quindi diverse "istanze" psichiche che chiama *Es*, *Io* e *Super-io*. Queste istanze psichiche sono quindi in costante interazione fra loro e con gli stimoli provenienti dall'esterno. Quando l'interazione tra una qualsiasi di queste istanze diventa conflittuale con un'altra, scatta il segnale dell'ansia. Questo segnale si pone quindi all'attenzione dell'Io e lo informa della presenza (e dell'entità) della destabilizzazione mentale in corso, in particolare di una situazione che si discosta da un *range* ottimale in termini di *benessere* e di *sicurezza* (un intervallo di valori essenziali per l'autoconservazione dell'individuo)⁹⁷.

⁹⁶ Il giroscopio è uno strumento che funziona mantenendo un equilibrio mediante una forza rotante centrifuga, un po' come la trottola. Esso sfrutta la rotazione come un principio fisico dinamico per contrastare la forza di gravità, che quindi permette di mantenere una data posizione, anche se vi sono oscillazioni o destabilizzazioni continue. Il giroscopio viene, ad esempio, usato nelle bussole di grandi navi per mantenere l'assetto rispetto al rollio del natante e all'influsso magnetico del metallo che costituisce lo scafo. Il giroscopio, grazie alla forza rotante centrifuga, ritorna in equilibrio a ogni sollecitazione che tenderebbe a farlo cadere.

⁹⁷ Sandler J. (1960a) The background of safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 352-356. Tr. It.in Sandler J. "La ricerca in psicoanalisi". Torino: Bollati e Boringhieri.

Questo terzo modello di funzionamento dell'apparato psichico di Freud prevede quindi la centralità della macrostruttura che egli denominò "Io" (si veda la Figura 5), all'interfaccia tra la consapevolezza cosciente, il Super-io (l'istanza morale e censoria), l'Es (gli istinti) e il mondo esterno. L'Io diventa ora il "servitore di tre padroni", l'istanza di regolazione omeostatica principale, in costante rapporto con le spinte istintuali (o pulsionali) dell'Es. L'Io inoltre media le richieste di una seconda macrostruttura della personalità dell'individuo, che Freud denomina "Super-io". Essa è prevalentemente inconscia e si forma nella prima infanzia grazie alle regole morali. In questo senso, il Super-io spesso si esprime con giudizi inibitori e sanzionatori; tuttavia, questa istanza psichica può fungere anche da guida benevola e da fonte di conferme narcisistiche.

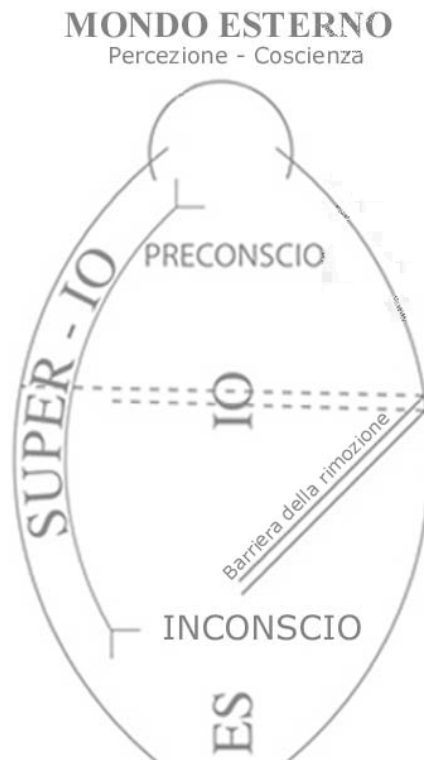


Figura 5: Il modello di riferimento strutturale freudiano

Uno dei problemi del modello strutturale dell'apparato psichico era dato dalla difficoltà a preservare proprio la dimensione della *profondità*, essenziale nei processi sottesi al modello topografico (si confronti con la Figura 4). Questa figura è tratta e modificata da Freud (1932), *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*, OSF, vol. 11, p. 189

“[Il Super-io], nella relazione con l’Io, funziona come un giudice, come un critico esterno che osserva l’Io, creandogli [e confrontandolo con] degli ideali”⁹⁸.

È come se avessimo, nel Super-io, un interlocutore interno, che ci dice “Sei così... Ma dovresti essere in un altro modo...”, e se i due termini di confronto sono molto distanti tra loro emergeranno una frustrazione e un conflitto per la persona, di conseguenza un segnale d’ansia di variabile intensità. L’Io rappresenta quindi l’istanza nodale nel modello strutturale freudiano e viene oggi definito principalmente grazie alle funzioni che svolge. Da un lato, l’Io è l’istanza esecutiva che stimola e pianifica l’azione volontaria, dall’altro è l’istanza di verifica, controllo e di inibizione sensoriale, sia verso il mondo esterno (percezione), sia verso il mondo interno, in particolare rispetto ai desideri e alle spinte pulsionali e motivazionali.

Ovviamente permane, nel modello, la macrostruttura “freudiana” per eccellenza, l’ “Es”, che nel terzo modello dello schema di riferimento strutturale proposto da Freud (1923) non si diversifica molto, nelle sue proprietà, dal sistema Inconscio descritto nel modello topografico. L’Es, anche nel suo significato di struttura, mantiene le caratteristiche speciali che Freud aveva ascrivito al sistema Inconscio del secondo modello: l’Es è il contenitore ribollente dei vissuti, dei pensieri e delle fantasie rimosse in quanto intollerabili alla coscienza. I contenuti esperienziali rimossi dell’Es rimangono, secondo Freud, in un dominio non soggetto alle leggi della logica (ad esempio non vi è spazio per la negazione o per la contraddizione reciproca, per cui due fenomeni che si escludono a vicenda possono coesistere), né alle leggi del tempo (il sistema Inconscio è atemporale: non vi è nessun riconoscimento dello scorrere del tempo)⁹⁹. Secondo Freud, l’atemporalità che vige nell’Es giustifica il perpetuarsi del rimosso (specie se non analizzato) sul comportamento osservabile delle persone¹⁰⁰.

⁹⁸ Sandler, J. (1960b). On the concept of superego. *Psychoanalytical Study of the Child*, 15:128-162. In questa prima teorizzazione delle componenti della coscienza morale, Freud agglomera in un unico concetto di Super-io sia l’introietto guida e regolatore derivante dalle regole morali dettate al bambino dagli oggetti parentali, sia l’Ideale dell’Io (quello che oggi chiamiamo il Sé ideale). Si veda anche sotto.

⁹⁹ La persistenza delle strutture indipendentemente dalla dimensione del tempo e l’atemporalità dei processi primari di pensiero del bambino giustificano il fatto per cui gli psicoanalisti, generalmente, non ammettono, a fronte di un problema evolutivo in un bimbo, che lo si affronti comunicando ai genitori ad esempio, “Passerà con il tempo... Crescerà...”), come spesso si sente dire in ambienti pedagogici. Secondo il principio della persistenza delle strutture, l’apparato psichico si formerebbe come una “cipolla”, come un sistema stratificato di soluzioni adattative relazionali, dove ogni soluzione nuova, migliore per l’adattamento, oltre a diventare prevalente, per poter svolgere la propria funzione inibisce anche le precedenti modalità relazionali. Qualora, per qualsiasi motivo, la soluzione adattativa più recente ed evoluta non soddisfi più le nuove richieste adattive (interne o esterne), viene meno l’inibizione esercitata sui livelli inferiori e si ripresentano le modalità adattive precedenti. Questo fenomeno è alla base dei processi di regressione.

¹⁰⁰ Freud, S. (1915a), *L’inconscio*. OSF, vol. 8.

Abbiamo visto come, nell'arco della vita e della carriera di Freud, si siano avvicinati almeno tre schemi di riferimento e di strutturazione dell'apparato psichico molto diversi tra loro. Dopo la morte di Freud, gli psicoanalisti si sono poi, a seconda del modello ideologico di appartenenza in seno alla psicoanalisi, attenuti a uno o più aspetti di questi tre modelli, enfatizzando l'una o l'altra delle loro peculiarità, fino a creare delle scuole di psicoanalisi autonome, spesso molto diverse tra di esse. In questo momento, la psicoanalisi è un insieme molto eterogeneo e parcellizzato di scuole di pensiero, accomunate, tutt'al più, da una profonda incomunicabilità tra i diversi indirizzi psicoanalitici e, ancora di più, con le altre discipline umane e scientifiche. Abbiamo visto che sia Freud, sia gli autori psicoanalitici post-freudiani si sono prodigati per confermare sempre più le sue prime intuizioni; meno sentita, in seno alle istituzioni psicoanalitiche, è la ricerca sulle contraddizioni insite nelle diverse teorie psicoanalitiche, freudiane e non, o sulle incoerenze con i dati raccolti nella pratica clinica con i pazienti. Questo scritto non ha certo la pretesa di appianare tali incongruenze; tuttavia, viene di seguito proposto il modello psicoanalitico di Sandler, poichè egli è stato un clinico e un ricercatore i cui sforzi sono sempre andati verso una ricerca di coerenza all'interno della psicoanalisi e di compatibilità con le osservazioni provenienti da altre discipline che si occupano della psiche.

IL MODELLO METAPSICOLOGICO DI JOSEPH SANDLER

Abbiamo già accennato che diversi ricercatori psicoanalitici si sono concentrati intorno a temi importanti, quali la verifica delle tecniche psicoanalitiche nello studio¹⁰¹ dei bambini, l'istituzione dell'indice *Hampstead*¹⁰² sui concetti clinici in psicoanalisi, la valutazione dell'efficacia della psicoterapia psicoanalitica¹⁰³ e lo studio empirico di raffronto tra le neuroscienze, la neuropsicologia e la psicoanalisi¹⁰⁴. È su queste basi che mi accingo a esporre un particolare modello psicoanalitico. Con tutte le cautele e riserve già esposte, cercherò di illustrare un modello della mente neofreudiano compatibile con il punto di vista strutturale.

¹⁰¹ Freud, A. (1965). Normality and pathology in childhood: assessments of development., *Writings*, 6:3-236.

¹⁰² Sandler, J. (1962). Hampstead index as instrument of psychoanalytic research. *International Journal of Psychoanalysis*, 43:287-291.

¹⁰³ Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19: 163-171.

¹⁰⁴ Kaplan-Solms, K., Solms, M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*. London: Karnac. Trad. It. (a cura di Clarici A.) *Neuropsicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*. Tr. it Raffaello Cortina, Milano 2002.

Chi si avvicina allo studio delle componenti della mente e delle sue funzioni, inevitabilmente si trova a porsi il quesito “Come si sono formate e sviluppate queste funzioni?”, ripercorrendo le stesse strade intraprese dallo psicologo dell’età evolutiva per comprendere lo sviluppo del bambino.

Il modello di riferimento, come sopra riportato, è quello dei Sandler, detto *modello delle tre scatole*¹⁰⁵. Per comprendere questo modello, è utile quindi rifarsi allo sviluppo mentale infantile, fondato su processi che sono *sempre* una risultante della combinazione tra la *maturazione genetica*, da una parte, e dall’internalizzazione dall’*ambiente* in cui vive il bambino, dall’altra (si veda il capitolo 4).

Un concetto da prendere in considerazione, per comprendere questo modello di funzionamento dell’apparato psichico, è dato proprio dalla distinzione tra i concetti di *rappresentazione* e di *struttura* nell’apparato psichico. Questa prima distinzione riguarda la definizione di quello che Sandler ha chiamato *l’ambito esperienziale* e *l’ambito non esperienziale*. Quest’ultimo corrisponde alla porzione della mente che può essere maggiormente immaginata come il prodotto di “dispositivi” o, secondo una visione meno riduttivistica, un insieme di funzionamenti e processi psicologici. *L’ambito non esperienziale* poggia le sue prime basi evolutive sulla fisiologia somatica (e in particolare, per quanto riguarda l’apparato psichico, su quella del Sistema Nervoso Centrale e del cervello) e corrisponde ampiamente agli automatismi organici e psichici di base, utili per comprendere le fondamenta delle funzioni più sofisticate dell’individuo. Nell’ambito non esperienziale vanno considerate anche tutte le modalità di natura psichica, apprese nei primi anni di vita, che sono diventate *matrici* per le soluzioni relazionali della vita successiva, oppure difese psicologiche, o infine tratti del carattere. *L’ambito non esperienziale* della mente costituisce, per Sandler, la *prima scatola* e potrebbe essere visualizzata come un insieme composto di numerose impronte o *matrici*, dove ogni matrice è rappresentata da un dispositivo funzionale, uno schema relazionale, memorizzato dopo un gran numero di esperienze ripetute del soggetto con un altro oggetto vivente o inanimato del mondo¹⁰⁶. Sandler (1987) ha denominato tutto questo primo ambito, per la gran parte nato sotto la spinta delle esperienze relazionali e delle identificazioni precoci del bambino, *l’Inconscio passato* (si veda la Figura 6). Di esso non è possibile fare esperienza (né avere ricordi), ma i suoi funzionamenti, generatisi nei primi anni di vita dell’individuo, condizionano ogni singolo atto della vita successiva. Esso si sviluppa, in particolare, durante i primi 4-5 anni di vita, quando cioè ancora nel cervello umano non sarebbero pienamente mature

¹⁰⁵ Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice., *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35-46.

¹⁰⁶ Ogni matrice o schema relazionale più recente, inoltre, tende a inibire quelli precedenti, secondo il principio della *persistenza delle strutture*.

le strutture organiche che supportano la *memoria autobiografica* (i ricordi che riguardano la nostra persona inseriti in una cornice temporale e in un contesto spaziale). Se, in un raffronto tra questa terminologia cognitiva e i modelli freudiani, l'Inconscio passato corrisponde grossomodo all'Es del modello strutturale di Freud, da quanto detto sopra è evidente che esso non corrisponde più al sistema dell'*Inconscio dinamico* del secondo modello topografico. L'Inconscio passato non può essere più concepito come un calderone ribollente di contenuti contrastanti e inconsci. L'Inconscio passato non è dinamico, esso è privo di contenuti, è un ambito *non esperienziale* di soluzioni adattive relazionali. Lo potremmo immaginare come una serie di "impronte", di calchi di relazioni del passato, consolidatesi nella memoria proprio perché sono state adattative, e che entrano in risonanza ogni volta che uno stimolo (proveniente dall'interno o dal mondo esterno) corrisponde, direttamente o per associazione, al "calco" della relazione primordiale che ha formato queste *matrici*. Ricordiamo che Freud faceva coincidere sostanzialmente il sistema Inconscio del suo secondo modello all'Es del terzo schema di riferimento del funzionamento mentale: l'apparente contraddizione del modello di Sandler, rispetto a quello di Freud, richiede una spiegazione. Sia Freud che Sandler ascrivevano alla prima infanzia (fino all'età del bambino prescolare) un ruolo critico. Secondo Freud, l'instaurarsi dell'Inconscio dinamico, o del rimosso, si doveva alla risoluzione del complesso edipico con cui, richiamando la tragedia greca, Freud intendeva sottolineare l'importanza stabilizzatrice, nel bambino, delle sue prime identificazioni con i modelli genitoriali. Freud riconduceva, quindi, alla rimozione e al consolidamento dei sentimenti e delle identificazioni con i propri genitori il fenomeno dell'amnesia infantile. La psicoanalisi contemporanea, pur continuando a riconoscere la centralità del complesso di Edipo nelle identificazioni e nello sviluppo del carattere e della personalità, non sostiene più che si debba ad esso l'amnesia infantile. Quest'ultima, se da una parte coincide con la stabilizzazione delle identificazioni genitoriali (e pertanto del Super-io), sarebbe in realtà più strettamente legata alla maturazione biologica cerebrale¹⁰⁷.

Nel periodo della prima infanzia, sarebbero predominanti le modalità di *apprendimento di tipo implicito*; gradualmente, dopo il secondo anno di vita del bambino, si formano le strutture cerebrali (contenute nelle porzioni temporali dell'encefalo) atte all'apprendimento cosciente e autobiografico. In questa fase critica dello sviluppo cerebrale, il bambino sviluppa la capacità di formare delle rappresentazioni mentali della realtà, che rimangono sempre più stabili, e può costruirsi la propria storia, o delle fantasie "a piacere", per portarsi via via ad attività di pensiero sempre più sofisticate. Sandler dà a questa seconda porzione

¹⁰⁷ Anche qui vediamo un ottimo esempio sulla inscindibilità tra i fattori biologici e ambientali nel promuovere lo sviluppo individuale.

dell'apparato mentale il nome di *Inconscio Presente*; esso rappresenta quindi la seconda scatola, affine a tutti gli effetti all'*Inconscio Dinamico* freudiano, in grado di contenere, manipolare e trasformare le rappresentazioni mentali del mondo esperienziale del bambino. Esso presenta qualche somiglianza anche con il concetto di *sistema Preconscio* del secondo schema di riferimento freudiano; tuttavia, nel modello di Sandler, la seconda scatola dell'*Inconscio presente* si differenzia dal *Preconscio* in quanto non tutte le rappresentazioni mentali sono richiamabili mediante uno sforzo rievocativo attenzionale (sono, a tutti gli effetti, rappresentazioni mentali inconsce). L'*Inconscio presente* contiene quindi rappresentazioni mentali significative per il soggetto e si colloca quindi in un ambito esperienziale. Tuttavia queste esperienze (percezioni, vissuti, ricordi, sentimenti, etc.) hanno gradi variabili di accesso alla coscienza. Tale accesso è regolato dall'azione della cosiddetta *seconda censura* (la componente difensiva, o di "controforza", che mantiene in modo attivo e dinamico una determinata esperienza al di sotto della soglia di consapevolezza).

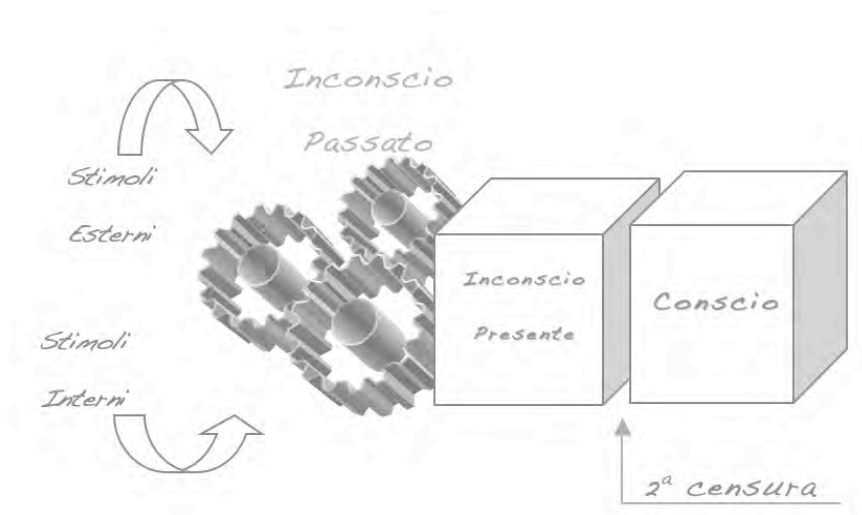


Figura 6: Il modello delle tre scatole di Sandler

La prima scatola dell'*Inconscio passato* non è propriamente un contenitore, bensì è la sede dei dispositivi consolidati, cioè le memorie implicite, dati da esperienze reiterate che diventano procedure, difese psicologiche e funzionamenti automatici dell'apparato psichico. Queste memorie procedurali si sono modellate sulle prime basilari esperienze del bambino (fino al 5° anno). La seconda scatola dell'*Inconscio presente* contiene le rappresentazioni mentali inconsce o debitamente modificate in modo da poter accedere alla *Coscienza* (terza scatola)

L'Inconscio presente, la seconda scatola, prevede quindi che ogni ricordo, fantasia a occhi aperti, fantasia inconscia, sogno o sintomo psicopatologico si generi e si plasmi in *primis* sulle matrici provenienti dall'*Inconscio Passato*. Come detto sopra, noi riconosciamo il mondo attuale (con la nostra porzione di *Conscio*¹⁰⁸, che costituisce la terza e ultima scatola del modello di Sandler) sulla base di ciò che abbiamo appreso in modo implicito nel nostro *Inconscio Passato* (che rimane inciso nella memoria e diventa una procedura consolidata, un'abitudine motoria o un automatismo percettivo). Una volta generatasi sul "calco" di un'esperienza del passato, una determinata rappresentazione mentale prende forma nel corso del suo passaggio attraverso l'*Inconscio presente*, dalla profondità alla superficie dell'apparato psichico così come viene descritto da Sandler, e questi pensieri si modificano sulla base della strutturazione delle difese e delle qualità dinamiche della seconda censura. L'effetto delle matrici dell'*Inconscio Passato* si riverbera su ogni esperienza relazionale dell'individuo e viceversa: ogni esperienza attuale mette in tensione, come una serie di *matrioske* russe, le matrici relazionali della nostra identità personale. Vedremo che, se questa tensione diventa destrutturante o potenzialmente minacciosa per l'integrità dell'apparato psichico, esso impone delle massicce modificazioni a tale esperienza e, quindi, alla percezione stessa della realtà.

UNA QUARTA MACROSTRUTTURA: GLI IDEALI E LO SVILUPPO DEL SÉ IDEALE

Il nostro *Sé*¹⁰⁹ (*Self*, usando la terminologia inglese) è quella particolare immagine di noi stessi che possiede quelle caratteristiche (di percepire e reagire alle sollecitazioni, di perseguire mete ambite o di evitare delle situazioni traumatiche) e che conferisce a ogni singolo individuo quel particolare *stile* (*cognitivo*, ma anche *affettivo*) che lo caratterizza in quanto persona.

Freud¹¹⁰ sosteneva che "il [Sé] *primariamente è innanzitutto un [Sé] corporeo*"¹¹¹.

¹⁰⁸ Freud (1923) definiva la Coscienza come "l'organo per la percezione delle qualità psichiche", inteso come quegli aspetti sia della nostra sensorialità rivolta al mondo esterno, sia la nostra percezione delle sensazioni emotive viscerali.

¹⁰⁹ Il Sé può essere anche definito come quell'oggetto (sia esso inteso come struttura oppure come immagine mentale) che abbiamo di noi stessi, che comprende anche la nostra immagine corporea, il nostro Sé somatico.

¹¹⁰ Freud, S. (1922b), *L'Io e L'Es*. OSF, vol 9.

¹¹¹ La frase è stata cambiata per adattarla alla concezione psicoanalitica contemporanea, in quanto Freud (1922) non faceva la distinzione che attualmente esiste in psicoanalisi tra l'Io (quale macrostruttura polifunzionale di regolazione dell'omeostasi affettiva e di mediazione tra le esigenze del mondo interno ed esterno) e il Sé (quale rappresentazione - o struttura - conscia e inconscia della propria persona). Freud, infatti, scriveva nel testo originale che "l'Io è innanzitutto ed essenzialmente un Io corporeo; non è semplicemente un'entità di superficie, ma è esso

È dal nostro schema corporeo, una volta appreso, che incomincia la nostra conoscenza del mondo. Il bambino, una volta stabiliti i confini del proprio Sé corporeo, progressivamente estende la sua esplorazione al di là del proprio corpo e il successivo oggetto in grado di suscitare interesse e le prime reazioni emotive, già nel neonato, è rappresentato dalla madre. Molto precocemente si instaura quindi un dialogo tra la madre e il bambino piccolo, fatto di scambi interattivi non verbali; un dialogo che il bambino poi generalizza progressivamente per esplorare tutta la realtà esterna. Il bambino quindi, inizialmente, letteralmente vive grazie all'appoggio di un rappresentante del mondo esterno, la madre, per mantenere il proprio benessere. Progressivamente, grazie anche allo sviluppo somatico, degli organi percettivi, sensoriali, e di relazione, il bambino struttura la capacità di assimilare (memorizzare o *introiettare*) queste figure affettive esterne, riuscendo poi, sempre più stabilmente, a rievocarle, a richiamarle alla mente al bisogno, anche in assenza dell'oggetto esterno (ad esempio, della madre nella stanza). In questo modo, attraverso meccanismi di identificazione, il bambino strutturerà le sue *relazioni d'oggetto primarie*. Parallelamente a questo processo per cui si consolidano, all'interno del mondo soggettivo del bambino, le figure di riferimento, il piccolo molto precocemente struttura un'*immagine di Sé*. Anche questa immagine di Sé, momento per momento, è mutevole: essa può corrispondere maggiormente a un'*immagine attuale*, quella che deriva dalla costante verifica sensoriale di quello che succede al bambino attimo per attimo; un'*immagine*, quindi, più aderente ai bisogni e a quanto necessita nell'attuale l'individuo per il suo sostentamento che, pertanto, può essere chiamata *Sé attuale*. Vi è poi un'altra immagine del Sé, una rappresentazione interna che viene costantemente confrontata e tenuta, per così dire, aggiornata sulla base degli ideali coltivati dall'individuo fin dall'infanzia: questa parte del sé viene appunto chiamata *Sé ideale*. L'importanza di questa distinzione tra le componenti presenti all'interno del Sé proviene da alcune considerazioni centrate sullo sviluppo infantile precoce. Il bambino, da una parte, verifica costantemente le proprie azioni e le proprie percezioni; dall'altra, tuttavia, è estremamente sensibile alle reazioni di chi lo accudisce. Egli progressivamente acquisisce la competenza di *fare proprie* queste reazioni specifiche dei genitori in risposta a un proprio desiderio: in questo modo si *identifica* con il genitore che lo gratifica. Parallelamente il bambino incomincia a individuarsi ovvero struttura, mediante queste identificazioni, la propria identità. Le *identificazioni* (come vedremo più dettagliatamente nel capitolo 6) portano allo sviluppo del Sé

stesso la proiezione di una superficie. Se noi desiderassimo trovare un'analogia anatomica, potremmo meglio identificarlo con "l'*homunculus corticale*" degli anatomici, che nella corteccia si appoggia sulla propria testa, ha i suoi talloni protesi verso l'alto, è rivolto all'indietro e, come sappiamo, ha l'area della parola dalla parte sinistra. [pp. 488-489].

attraverso delle modificazioni, che sono modellate, almeno inizialmente, sulla base delle risposte degli oggetti esterni (i genitori veri e propri, presenti nella realtà percettiva esterna). Successivamente, le identificazioni diventano sempre più complesse e subiscono delle modificazioni adattative in relazione ai *prodotti interni* delle relazioni con i genitori (gli *introietti*, che sono un particolare tipo di *oggetti interni*). Iniziano così a strutturarsi, nell'apparato psichico, quelli che sono i precursori delle grandi strutture che compongono il mondo interno: il *Sé ideale*, da una parte, e il *Super-io*, dall'altra. Con il *Sé ideale* si struttura, quindi, quella forma desiderata del Sé atta a far fronte alle circostanze del mondo esterno e a mediare le urgenze del mondo interno e che, stabilendo una costante verifica sullo stato soggettivo attuale, mira a garantire il massimo grado possibile di benessere e di sicurezza. La formazione del *Sé ideale* origina e si pone in continuità con le fasi narcisistiche del primo sviluppo infantile, dove il *Sé ideale* rimpiazza l'onnipotenza e la megalomania narcisistica infantile man mano che il crescente inserimento del bambino nel mondo sociale rende questi stati mentali sempre meno funzionali. Lo sviluppo quindi, in questo senso procede *per sottrazione*, come lo scultore che toglie dal blocco di marmo, con il proprio scalpello, tutti quei pezzi di materiale superfluo, fino a che verrà a configurarsi la forma precisa della sua opera d'arte. La fantasia di *essere Sua maestà il bebè*¹¹² (dove il bambino percepisce la madre, e il mondo, come vivente al proprio servizio o *grazie* al bambino stesso) lascia progressivamente il posto alla fantasia di *diventare* come la mamma o il papà (grazie all'aiuto e alla comprensione dei genitori esterni, prima, e nelle identificazioni con i propri introietti, poi). Infine, il processo si indirizza al "naturale compimento", ovvero nel progressivo sviluppo e perseguimento di ideali sempre più realistici e separati da quelli dei propri oggetti, all'interno del percorso di crescita psicologica¹¹³.

¹¹² Freud, S. (1914), *Introduzione al narcisismo*. OSF, vol 7.

Freud qui descrive molto bene lo stato narcisistico del bambino piccolo (e quello cui è sempre proteso il paziente con disturbo narcisistico): "Egli non deve essere costretto a subire le necessità da cui, come i genitori fanno, la vita è dominata. Malattia, morte, rinuncia al godimento, restrizioni imposte alla volontà personale non devono valere per lui, le leggi della natura al pari di quelle della società devono essere abrogate in suo favore, egli deve davvero ridiventare il centro e il nocciolo del creato, quel "His majesty the Baby", [che si sentiva un tempo]" p. 461).

¹¹³ Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman A. (1975) *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books. Tr. It *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978. In questo senso, va differenziato il concetto di *identificazione* da quello di *individuazione*, proposto da Margaret Mahler. Con questo secondo termine la Mahler indica il raggiungimento, nel corso dello sviluppo psichico, di una rappresentazione stabile e permanente della propria individualità (del proprio *Self*), distinta da quella della propria madre. L'individuazione è anch'essa in realtà un traguardo evolutivo *ideale*, che di solito (ma non sempre) inizia attorno ai tre anni di età, al termine della fase fusionale (o simbiotica) tra madre e bambino che caratterizza i primissimi anni di vita. Da questa fase in poi, si assiste sempre più a uno sviluppo armonico e all'emergere della propria individualità ("chi sono", "come mi chiamo" e, per

I vantaggi nell'economia dell'apparato psichico del *Sé ideale* derivano quindi dal poter costituire, per il bambino, una fonte di nuove identificazioni, sempre più indipendente dalla presenza dei genitori esterni. Queste identificazioni (in quanto regolatori interni) diventano quindi il vettore di sentimenti di benessere, e di autostima. A loro volta, le identificazioni che portano alla costruzione del *Sé ideale* (con tutte le delusioni che il bambino a volte incontra nelle fasi di rinuncia o di ridimensionamento del narcisismo infantile) rappresentano un tentativo di recuperare (a volte per le vie più tortuose e dolorose) proprio le gratificazioni narcisistiche delle prime fasi della vita. È implicito che, per sussistere quale legame emotivo, l'identificazione promuove lo sviluppo solo ove vi sia stata, nel bambino, una sufficiente separazione e differenziazione tra il *Sé* e l'oggetto. Freud¹¹⁴ attribuisce lo sviluppo delle capacità di identificazione del bambino alla fase edipica, in particolare all'interno del rapporto tra il bambino con il padre per il maschietto. Nel suo esempio, il modello ideale del padre costituisce a questo punto, per il bambino, un rifornimento narcisistico: il padre diventa, quindi, ciò che si vorrebbe *essere* (un modello ideale). Allo stesso tempo, le esigenze di dipendenza che permangono nel bambino fanno vedere il padre come un oggetto di appoggio, ovvero il padre che si vorrebbe *avere*, ossia quale elemento di sostegno sempre vicino. Anche se, a posteriori, possiamo dire che Freud probabilmente colloca le origini dell'identificazione in un'epoca fin troppo tardiva (l'esempio da lui proposto verrebbe oggi inteso come *identificazione secondaria*), esso contiene degli accenni alle origini del conflitto tra le spinte verso l'individuazione, ovvero basate sulle identificazioni derivanti dai modelli ideali del bambino come fonte di benessere, e la ricerca costante di sentimenti di sicurezza da oggetti desiderati, di amore e di appoggio genitoriale (derivanti dalle identificazioni con gli introietti).

Inizialmente, il *Sé ideale* del bambino corrisponde a un'immagine di sé desiderata, ma anche a quella che immaginiamo possa essere la più approvata, apprezzata e amata (o meno rimproverata) agli occhi di chi vuole bene al bambino, di chi si prende cura di lui¹¹⁵. Progressivamente, con l'avanzare dello svi-

quanto riguarda l'individuazione dell'identità di genere, "sono un maschietto/una femminuccia"). Un'identità vissuta come separata da quella degli altri e, *in primis*, da quella della madre.

¹¹⁴ Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF vol. 9 (pp. 257-330). Bollati Boringhieri, Torino.

¹¹⁵ Il termine inglese di *caregiver* (figura di attaccamento) è usato per definire la persona che si occupa del bambino, che lo accudisce, che nutre delle attenzioni speciali nei suoi confronti e gli garantisce un'atmosfera di benessere e sicurezza, atta a favorire lo sviluppo personale. Il termine, letteralmente, significa "colui che si prende cura" del bambino, negli aspetti concreti ma anche negli aspetti affettivi, quindi che fornisce sicurezza e dà attenzione. Non esiste un termine italiano analogo e, specialmente, che sia adattabile a quei rapporti dove il *caregiver* accudisce e offre cure al bambino secondo modalità che possono essere anche molto distorte e patologiche. Si veda, quale esempio estremo, la *sindrome di Munchausen per procura*, dove la ma-

luppo delle funzioni cognitive e dei processi affettivi e relazionali di individuazione e separazione, è possibile che il Sé ideale desiderato possa discostarsi dalle aspettative genitoriali. In questo senso un ideale (un'immagine di Sé ideale), che inizialmente si genera dalle identificazioni con i genitori esterni e poi con gli *introietti* (i rappresentanti interni dei genitori), può, con il procedere dello sviluppo del bambino, diventare un ideale autonomo.

È quindi sulla base di queste prime reiterate “verifiche”, attuate nell'ambito dell'attività di pensiero del bambino in relazione alla realtà esterna, da una parte, e alla complessità delle esperienze relazionali interne, dall'altra, che si può generare un *conflitto intrapsichico*. Tali conflitti psicologici comportano uno squilibrio nella configurazione narcisistica del bambino: questi percepisce una dissonanza cognitiva e affettiva fra le parti di sé immaginate come amate e desiderate (*Sé ideale*) e quelle parti di sé e della propria realtà che non ha ancora accettato (*Sé attuale*). Il conflitto, dato dalla discrepanza tra queste due immagini del Sé, genera *dolore psichico*. Se il conflitto è alto, in proporzione alla discrepanza tra percezione attuale di Sé e percezione ideale, il dolore innescherà una serie di risposte rivolte verso il mondo interno o esterno atte a modificare gli eventi percepiti, moderandone l'effetto nocivo temuto (vedremo, nei capitoli 8 e 9, che questi interventi volti a riequilibrare la propria omeostasi affettiva possono prendere o una direzione *trasformativa*, agendo sulle “entrate” e sulle fonti percettive del dolore, oppure una direzione *conservativa*, riducendo le “uscite” e limitando al minimo le funzioni affettive vitali). Se invece l'immagine attuale del Sé del bambino si avvicina a quella confermata dagli ideali (o dagli introietti, o dai genitori esterni), ne consegue un'esperienza gratificante di *riformimento narcisistico*, un senso di sollievo, di funzionamento regolare, di “sentirsi bene, in salvo e al sicuro”. È attraverso la reiterazione di esperienze di questo tipo che è possibile ampliare i “margini di tolleranza rispetto alla frustrazione”, per poi procedere attraverso la costruzione progressiva di nuovi ideali nel processo di individuazione e separazione, cioè di crescita dell'identità.

Al centro della nostra regolazione emotiva si situano i sentimenti, che sono parte del nostro Sé. I sistemi di attribuzione di affetti e di regolazione emozionale del nostro apparato psichico conferiscono, momento per momento, un valore all'immagine che abbiamo di noi stessi. Questo valore, di intensità e di segno variabili, può essere percepito soggettivamente come *autostima*. Una buona stima di sé che garantisca un sufficiente senso di benessere, tale da assi-

dre (il *caregiver*), spesso vicina a problematiche psicotiche, procura delle lesioni o fa ammalare il proprio bimbo seguendo delle esigenze proprie e per lo più inconse. Dal punto di vista del comportamento manifesto, sono quelle mamme che compiono un pellegrinaggio negli ospedali alla ricerca di medici che confermino la malattia, in realtà procurata da loro, spesso riuscendo a trovare dei sanitari che inconsapevolmente colludono, confermando alla madre il suo ruolo di *caregiver*.

curarci una buona gestione delle nostre relazioni quotidiane, dipende solitamente da una certa dose di risorse relazionali, nonché di competenze temperamentali e specifiche, anche di natura innata, che ogni individuo possiede fin dalla nascita. L'equilibrio tra capacità affettive comprende un equilibrio armonico tra l'amore per sé stesso (narcisismo) e la capacità di amare gli altri. Secondariamente vi sono le nostre competenze cognitive, che forniscono i modi per raggiungere i nostri ideali (il nostro Sé ideale). Al bambino piccolo è necessaria una buona dose, possibilmente regolare, di rifornimenti narcisistici da parte di chi lo accudisce, per poter sviluppare da adulto la capacità di amare (e di lasciarsi amare). Sandler¹¹⁶ sottolinea l'importanza clinica di questa quarta macrostruttura¹¹⁷, il complesso degli ideali (o Sé ideale), che potremmo definire "i modi in cui ci piace pensare a noi stessi" o, dalla prospettiva in prima persona, "quello che, istante per istante, desidererei essere". Il Sé ideale è un modello psichico di noi stessi che si basa sulle più precoci e fondanti relazioni stabilite con i nostri genitori. Esso si è fondamentalmente formato in conformità a un desiderio infantile di fusione, o ricongiungimento totale, con i propri genitori, la madre *in primis* (identificazione primaria). La strutturazione del Sé ideale ha una funzione estremamente utile dal punto di vista evolutivo, visto che permette al bambino di trasferire parte della dipendenza psicologica dai genitori a un'immagine interna al bambino stesso, quale fonte potenziale di rassicurazione e benessere, senza la necessità della costante presenza dell'oggetto esterno. In questo modo, il bambino affronta le inevitabili frustrazioni, date dall'assenza dell'oggetto gratificante, ricorrendo al proprio Sé ideale e affinando dei comportamenti consoni a questo modello di se stesso. Tali funzionamenti mentali, per lo più inconsci, sono regolati secondo il principio di omeostasi dei processi affettivi e dei sentimenti, in base al quale l'apparato psichico mira a raggiungere un equilibrio dinamico teso a smorzare ogni turbativa della sfera emozionale e a ridurre le possibilità di percepire il dolore psichico. Di fronte a una minaccia di dolore, la mente mette in moto delle contromosse, le difese psicologiche, che, in maniera del tutto simile al sistema immunitario, o a quello anestetizzante endogeno del corpo, sono sempre pronte ad annullare la percezione di un evento potenzialmente nocivo, o a modificarlo fino a che il contenuto è reso accessibile dalla coscienza, senza generare eccessiva angoscia. Gli ideali giustificano l'emergenza di sentimenti quali la *colpa* e la *vergogna*: la sofferenza psichica generata da questi sentimenti può essere molto elevata. La genesi della vergogna, in questi casi, si avrebbe ad esempio perché la persona non si sente in

¹¹⁶ Sandler, J., Holder, A., & Meers, D. (1963). The ego ideal and the ideal self. *Psychoanal. Study Child*, 18:139-158.

¹¹⁷ Una struttura psicologica può essere definita come una modalità di funzionare nell'ambito psichico stabile, o a lento ritmo di cambiamento.

grado di ristabilire una sufficiente corrispondenza tra la sua immagine attuale del Sé (come si percepisce l'individuo effettivamente, attimo per attimo, per quello che è) e il proprio Sé ideale. È come se la persona che si vergogna dicesse "io mi percepisco (Sé attuale) diversamente da come desidererei percepirmi, o da come mi aspetto di essere (Sé ideale)". Solo in seconda battuta, intervengono la vergogna e l'umiliazione per come il soggetto viene visto dall'esterno "Come io mi aspetto di essere, coincide anche con quello che gli altri si aspettano da me; e quindi vedermi così mi umilia, mi fa vergognare". Quindi la vergogna, contrariamente a quanto comunemente si pensa, è in primo luogo un problema con se stessi, più che con gli altri. Diversa e più complessa è l'origine dei sentimenti di colpa, così radicati nella regolazione del nostro umore e delle nostre relazioni con gli altri. La colpa è, infatti, quella particolare qualità che può assumere il dolore mentale, quando non vi è una sostanziale corrispondenza tra il proprio Sé ideale e quello proposto dai propri modelli genitoriali interni (a loro volta originatesi dalle regole precoci assimilate dai nostri genitori). In questo caso la persona si sente in colpa perché vorrebbe essere in un certo modo - Sé ideale -, ma sente che questo non è in armonia con i modelli genitoriali, culturali o sociali imposti: "io dovrei percepire me stesso in un certo modo (cioè secondo gli introietti, o modelli introiettati dai genitori), ma desidero percepirmi in un altro modo (Sé ideale) e perciò mi sento male, ossia in colpa". La colpa è, quindi, una soluzione relazionale adattiva, in quanto porta il soggetto ad appianare il conflitto mediante un autosanzionamento, una "penale" da pagare a ogni emergere di spinte individuative. Nella colpa, il conflitto primario è quindi con un particolare tipo di oggetti interni, gli introietti superegoici.

Il nostro senso di autostima, di benessere e di sicurezza sono quindi sentimenti che fanno da sfondo allo sviluppo e che dipendono dalla congruenza - o dalla discrepanza - tra il nostro sentimento di Sé attuale e le nostre aspettative e desideri relazionali più profondi. In sintesi, è possibile affermare che le nostre funzioni mentali e i nostri vissuti interni soggettivi dipendono dalla costante monitoraggio, nell'*Inconscio presente*, di tutte quelle percezioni e sensazioni che ci giungono dall'esterno e dall'interno del nostro corpo. L'affetto sarà percepito come piacevole o sgradevole a seconda di come esso si accoppia con le aspettative maturatesi e strutturatesi nell'*Inconscio passato*, quelle che hanno modellato le configurazioni delle nostre prime matrici caratteriali, il Super-Io, lo stile cognitivo, le difese precoci del bambino piccolo in costante interazione con i propri oggetti, ma in particolare con gli ideali, in quanto retaggio del nostro nucleo narcisistico primario. Le sensazioni che ci giungono dall'esterno, attraverso i nostri sensi, costituiscono delle esperienze che sono anch'esse riconoscibili e quindi dipendenti dalle specifiche memorie infantili precoci (*Inconscio passato*) di ogni individuo. È oggi comunque ben noto che le nostre percezioni sensoriali, in ogni dato momento, non sono mai fedeli *brutte copie*, rispetto alla percezione dell'esperienza originaria, ma sono costruite sulla base degli elementi soggettivi attuali (ovvero da ciò che siamo attimo per attimo, o *Incon-*

scio presente) e da ciò che abbiamo appreso e a cui aspiriamo ritornare (*Inconscio passato*). L'origine degli ideali si trova quindi memorizzata nell'*Inconscio passato*, essendo il Sé ideale un retaggio e un sostituto del precoce stato di onnipotenza e narcisismo infantile. La verifica che ci giunge, momento per momento, dall'apparato percettivo sul confronto tra Sé attuale e Sé ideale (e quindi tra *Inconscio presente* e *Inconscio passato*) conferisce alla nostra vita quel *senso di sicurezza*, che è alla base della qualità della nostra esistenza. Inoltre, noi riceviamo ininterrottamente informazioni dai nostri sistemi di rilevazione dello stato affettivo e queste informazioni, di matrice emotiva, conferiscono al mondo il "colore dato dagli affetti", che è alla base del nostro benessere psicofisico. L'abbinamento di questi sentimenti durevoli di sicurezza con quelli di benessere ("ci sono, sono al sicuro e sto bene") ci danno la sensazione di "funzionare psicologicamente", che fa da sfondo ai nostri processi psicologici.

LA DISCREPANZA TRA SÉ ATTUALE E SÉ IDEALE: UN ESEMPIO

Il parametro fondamentale nella regolazione del divario che può esistere tra una situazione percepita come tollerabile nell'attuale (Sé attuale) e la situazione ideale desiderata (Sé ideale) è quindi il sentimento di sicurezza. Credo che l'analogia migliore per comprendere quanto cruciali siano i sentimenti di regolazione della sicurezza interna sia quella in cui ci troviamo a imparare una tecnica sportiva nuova, quale ad esempio può essere lo sci. Nel momento in cui ci accingiamo ad apprendere la tecnica sciistica da zero, il nostro apparato psichico e il nostro schema corporeo non hanno le competenze motorie specifiche per affrontare una discesa con gli sci: ogni maestro di sci sa che non è una buona tecnica portare il neofita su una pista molto scoscesa, affinché impari più velocemente. Inizialmente è bene incominciare dai "campetti", che presentano una discesa appena accennata. La situazione iniziale è quindi di favorire l'acquisizione dei sentimenti di sicurezza dello sciatore, creando una condizione nella quale il Sé desiderato (l'ideale del Sé, nel nostro esempio quella parte di noi che ci spinge a imparare a sciare) sia quanto più vicino al Sé attuale (cioè l'allievo ancora incompetente sugli sci), ovvero che la discesa sia sufficientemente dolce da favorire l'apprendimento dei nuovi schemi motori. Allo stesso tempo, non si può pretendere che l'allievo impari a sciare spingendosi su di una spianata orizzontale: questa situazione non creerebbe quella necessaria condizione di squilibrio, il necessario scarto dalla situazione di sicurezza, e la persona non acquisirebbe alcuna competenza nuova. Se Sé attuale e Sé ideale coincidono, tale condizione di equilibrio non stimola alcuna richiesta adattativa, non viene evocato il segnale dell'ansia e i sentimenti di sicurezza fanno percepire all'individuo una sostanziale situazione di benessere. Quando, invece, giunge uno stimolo destabilizzante (un cambiamento di vita, una crisi di separazione rispetto al proprio sviluppo psicologico o una separazione da un

oggetto, o da uno status nel mondo esterno), il *Sé attuale* e il *Sé ideale* non coincidono più: diventa necessario apprendere dall'esperienza, provando una soluzione adattativa nuova, i cui esiti possono essere solo parzialmente prevedibili. Nell'esempio della discesa con gli sci, la pendenza deve essere tale da poter agevolare il passaggio dallo stato attuale di *non sciatore* a quello di *sciatore*. Se il neofita venisse messo a contatto con una pendenza troppo scoscesa, l'apparato psichico risponderebbe immediatamente con una caduta del sentimento di sicurezza fino a condurre il principiante a una paralisi da paura, al panico (come è ben noto a chiunque si sia rivolto a maestri di sci dai metodi troppo sbrigativi). L'apprendimento, invece, avviene se le spinte evolutive interne del neofita si incontreranno con l'esempio dato da un maestro tollerante dei tempi di apprendimento dell'allievo, permettendo a quest'ultimo l'acquisizione di quegli schemi percettivi e motori che costituiranno una nuova componente dello schema corporeo e, in ultima analisi, modificheranno l'immagine del *Sé*. A quel punto, verrà ripristinato un sostanziale equilibrio e la situazione nuova non evocherà più eccessivi segnali di ansia.

Nell'esempio che farò spero di chiarire come una situazione disadattiva possa mantenersi sulla base di una incongrua percezione del *Sé attuale*, come nel primo esempio, oppure su di una percezione focalizzata sul *Sé ideale*, come nel secondo paziente.

Un esempio clinico di questa incessante attività di regolazione omeostatica viene dal resoconto di un medico in supervisione, che mi chiedeva come potesse esserci una tale differenza nella reazione di due pazienti anziani che aveva in quel momento in reparto. Entrambi erano persone di circa 85 anni ed entrambi avevano una malattia gravemente invalidante che li costringeva a letto da diversi mesi.

Il primo, il signor G., era un uomo con una grave nefropatia che, per le necessità create dalla dialisi, era soggetto a pratiche mediche molto invasive. La malattia stessa gli faceva vivere spesso momenti molto dolorosi. I parenti e i figli non si presentavano alle visite quotidiane perché percepivano lo stato del paziente (chiuso e ritirato, non parlava, né si sforzava di farlo) come un rigetto nei loro confronti. Il paziente viveva le necessarie pratiche invasive, le punture e tutte le manovre mediche con sentimenti di rassegnazione e con un loro appiattimento generalizzato (una rassegnazione che, peraltro, era percepita e si trasmetteva a tutto il personale medico e infermieristico, che si sentiva impotente nei suoi confronti). Il problema manifesto, per cui il medico curante chiedeva la supervisione, era un dubbio diagnostico: questa dottoressa si chiedeva se non vi fosse l'inizio di una demenza senile. Nella discussione della condizione relazionale del paziente, è emerso chiaramente che questi presentava un'inibizione generalizzata (intellettiva e affettiva) su base depressiva. In questo caso, la depressione sorgeva quale soluzione per un paziente con una strutturazione psicologica destabilizzata a causa della malattia e della percezione del *Sé attuale* (effettivamente malato sofferente) come incompatibile con un *Sé ideale* che continua a coltivare delle speranze. Di fatto, nessuno andava a trovarlo da circa tre mesi e, tuttavia, questo paziente non si lamentava mai, si prestava a tutte le cure con rassegnazione. Semplicemente, ogni manovra fatta dai medici o dagli infermieri per le sue cure o per la sua igiene personale sembrava non lo riguardasse più. Non mostrava tristezza per questa sua situazione, ma una specie di appiattimento globale delle sue funzioni. Parlava a stento. La difficile realtà dell'invecchiamento e della ma-

lattia metteva il sig. G. di fronte a richieste adattive che egli non riusciva a sostenere. La soluzione adottata fu allora quella di rinunciare ad ogni aspettativa di miglioramento (alle aspirazioni del Sé ideale) per appiattirsi allo stato attuale (Sé attuale), una condizione da accettare con mesta rassegnazione. Per quanto appaia, all'osservatore esterno, paradossale, anche in questo caso si ristabilisce nel paziente un equilibrio interno, si riduce ogni conflitto doloroso, a scapito delle aspettative del Sé ideale. Si potrebbe anche dire che la sicurezza viene salvaguardata a scapito della speranza. Ovviamente, vista la gravità della malattia e delle condizioni di vita del signor G., possiamo capire che questa possa essere stata la migliore soluzione adattiva che egli potesse trovare, anche se lo esponeva a una grave condizione di depressione.

La stessa dottoressa internista, peraltro sensibile ai problemi psicologici dei suoi pazienti, era particolarmente perplessa per le proprie reazioni¹¹⁸ rispetto a un altro paziente, altrettanto bisognoso. Questi era un paziente che ella aveva in cura nello stesso reparto e, almeno per alcune condizioni apparenti, sembrava non differire molto dal primo: stessa età e una grave malattia fisica analogamente invalidante. Il signor L., infatti, era ricoverato per una grave cardiopatia, che lo costringeva a letto con gravi disturbi respiratori costanti da quattro mesi. Anche il signor L. non aveva nessuno che andasse a trovarlo regolarmente, ma per motivi diversi dal primo paziente. Mentre il signor G. non riusciva più a mantenere legami famigliari, il signor L. aveva letteralmente proibito ai famigliari esistenti di andare a trovarlo. Il signor L. si lamentava del personale infermieristico, era estremamente irascibile, si lamentava delle cure mediche e, a volte, aveva delle crisi d'ira così distruttiva da costringere il personale a contenimenti anche fisici, perché non si facesse del male. In questo senso, il paziente metteva in atto il suo strenuo tentativo di ripristinare, attraverso l'eccitazione motoria e il suo comportamento, una tecnica di controllo della percezione molto diversa da quanto messo in atto dal signor G. L'esibizione di comportamenti di controllo e di critica del personale ospedaliero (peraltro parimenti disadattivi e infruttuosi) derivava dal tentativo di ripristinare il Sé ideale antecedente alla malattia. Il paziente non aveva mai accettato la propria malattia, come probabilmente non era mai riuscito ad accettare, precedentemente a questa, i propri bisogni di dipendenza. Il signor L. era stato, prima della malattia, un imprenditore che aveva sempre cercato di imporre nel lavoro, con i suoi colleghi, come a casa con i suoi famigliari, un clima di dominio assoluto. Egli infatti era descritto dai figli come un padre tirannico. Ai fini della nostra argomentazione sugli ideali, questo paziente non riusciva a rinunciare alle aspettative di mantenimento del proprio Sé ideale, depositario di aspirazioni evidentemente elevatissime di controllo, specialmente alla luce della propria condizione presente, ove egli era in realtà inchiodato al letto, in una condizione nella quale il Sé attuale restituiva costantemente dei rimandi percettivi di grande bisogno di dipendenza e di urgenze anche corporali. In questo caso, il paziente non riusciva a elaborare il lutto dei propri ideali irraggiungibili. Tale intolleranza si sovrapponeva quindi alla situazione attuale di dipendenza e veniva proiettata nel personale medico e infermieristico, diventando questo inefficiente e manchevole. L'equilibrio interno del signor L. veniva raggiunto in modo disadattivo, irrigidendo le sue identificazioni tiranniche e di autonomia irrealistica e vivendo in una realtà psichica dove un Sé ideale veniva mantenuto senza che vi fosse spazio per le proprie esigenze (il proprio Sé attuale dipendente), nella condizione attuale di malattia.

¹¹⁸ In un contesto psicoanalitico potremmo parlare di *controtransfert*.

Si sono volute illustrare, con questi esempi, delle situazioni in cui l'esposizione della persona al dolore psichico comporta una messa in tensione delle strutture che costituiscono l'apparato mentale: questa tensione viene percepita come una minaccia all'integrità dell'Io. L'individuo risponde a questa percezione di minaccia dolorosa cercando un modo per far fronte al dolore (ad esempio, con una *tecnica di controllo della percezione dolorosa*; cfr. oltre). Come vedremo nei prossimi capitoli, il mantenimento di un'omeostasi affettiva, dell'equilibrio intrapsichico dei sentimenti, è prioritario quale movente dell'apparato psichico, rispetto all'adattamento richiestoci dal mondo esterno. Questo ci rammenta, una volta di più, che l'equilibrio intrapsichico, pur di essere raggiunto, a volte richiede costi altissimi in termini di benessere e di adattamento sociale.

Parte seconda
Sviluppo e omeostasi
affettiva

4. Sviluppo genetico e ambientale a confronto*

«È più facile scindere un atomo che abolire un pregiudizio»

Albert Einstein

L'INSCINDIBILITÀ DI GENETICA E AMBIENTE

Sono innumerevoli le ricerche dedicate a stabilire se le malattie mentali (come la schizofrenia o la depressione), o i disturbi dello sviluppo del bambino (ad esempio, l'autismo e il disturbo da deficit dell'attenzione), o infine le predisposizioni rispetto a tratti patologici di personalità (come, ad esempio, la personalità antisociale) siano predeterminati sulla base del patrimonio genetico ereditato da ciascun individuo, oppure se siano caratteristiche “apprese”, cioè determinate da esperienze ambientali, deprivanti o traumatizzanti lo sviluppo. Questo sterile conflitto ha visto contrapposte comunità scientifiche su posizioni, a volte più dure, a volte più morbide, e fa parte della eterna lotta tra gli aspetti congeniti e acquisiti, tra ambiente e natura (o, come dicono gli inglesi tra *nature* e *nurture*, tra natura e accudimento). Cercheremo, in questo capitolo, di dimostrare quanto sia vano e improduttivo esplorare questo quesito ricorrendo a generalizzazioni, o a preconcetti. L'exasperazione di questo conflitto, oltre che improduttivo dal punto di vista delle conoscenze sullo sviluppo del carattere, ci sembra fuorviante nella pratica psicoterapica: esso aiuta forse il terapeuta inesperto a convincersi che le proprie scelte formative sono “meglio” delle altre ma non aiuta a capire la natura della personalità del singolo paziente, inevitabilmente data dall'intreccio delle due componenti (costituzionale ed esperienziale).

Le ricerche scientifiche empiriche in questo settore sono state condotte, in genere, da ricercatori (medici, psicologi o biologi), nella maggior parte dei casi interessati a scoprire le cause delle malattie o delle alterazioni dello sviluppo,

* A cura di Antonella Tripani e Andrea Clarici.

correlando un determinato assetto genetico a una determinata costellazione comportamentale. Tuttavia questo approccio è fuorviante in quanto la selezione naturale, e le leggi dell'evoluzione che canalizzano il mantenimento di certi caratteri genetici, funzionano in maniera diametralmente opposta: il problema non è come mai questo gene "fa male", ma riguarda il perché questo gene disadattivo esiste ancora, nonostante tutto l'apparente svantaggio che porta agli individui che lo possiedono. La domanda quindi "Quali geni sono alterati in un'affezione grave come la depressione, o in un disturbo evolutivo come l'autismo?", andrebbe sostituita con la domanda, a nostro avviso, più produttiva e interessante è: "Che cosa ha fatto sì che questi geni apparentemente così disadattivi si mantenessero nella popolazione, visto che sembrano così svantaggiosi per l'individuo che li porta?".

È oggi comunemente accettato nel mondo scientifico (anche dai riduzionisti biologici più incalliti) che non basta il programma genetico a determinare quello che è il nostro modo di comportarsi, e di essere, in quanto persone. In sostanza, dobbiamo riconoscere che aspetti complessi, come il nostro carattere e la nostra personalità, non possono originarsi solo dalla codificazione genetica: i geni devono essere istruiti dall'ambiente.

Anche gli psicoanalisti più convinti dell'efficacia del proprio lavoro, pur riconoscendo che le prodigiose scoperte di Freud hanno loro mostrato quanto siano vasti i territori della mente ancora inesplorati, e quanto sia possibile ampliare, mediante la psicoanalisi, le nostre risorse inconsce, stanno ora rivedendo un certo atteggiamento eccessivamente fiducioso, dovendo ammettere che anche il metodo psicoanalitico è soggetto alle inevitabili limitazioni imposte dalla costituzione organica del paziente. Dopo il primo secolo di entusiasmo e di fiducia rispetto agli strumenti della psicoanalisi, oggi la maggior parte degli psicoanalisti riconosce che le influenze ambientali, anche le più favorevoli (come quelle che si cerca di fornire in una psicoterapia ben condotta) non possono curare tutto: i gradi di libertà della psiche umana non sono infiniti. Questo è ancora più vero se si prendono in considerazione i periodi critici, presenti nell'infanzia per la formazione e lo sviluppo delle strutture organiche cerebrali che supportano le nostre funzioni mentali.

COSA DICE LA PSICOANALISI: LE FASI DELLO SVILUPPO INFANTILE

Freud ha fondato gran parte della teoria psicologica analitica sulla conoscenza dello sviluppo infantile: il punto di vista *genetico* (dove Freud introduce questo termine nel senso di *ontogenesi*, di formazione e sviluppo delle funzioni psicologiche) consiste nel ritenere che i processi mentali dell'adulto sono un prodotto dei processi che si sono verificati fin dall'infanzia più precoce, e possono essere compresi alla luce dei vissuti del bambino. L'opera, ad ogni modo, dove Freud ha introdotto le sue più sorprendenti intuizioni sull'organizzazione mentale del

bambino in corso di sviluppo è stato i *Tre saggi sulla teoria sessuale*¹¹⁹. Freud, in questo saggio, per la prima volta ha delineato l'organizzazione mentale del bambino come divisa in specifiche fasi, distribuiti in due fondamentali organizzazioni mentali: l'organizzazione pregenitale (che comprende le fasi orale, anale e fallica) e l'organizzazione genitale.

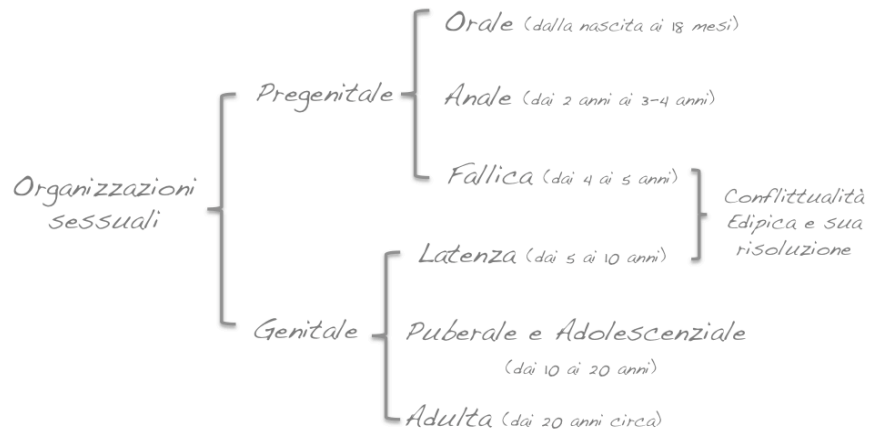


Figura 7: Le fasi dello sviluppo sessuale secondo Freud

I tempi di insorgenza e sviluppo delle relative fasi sono del tutto approssimativi, in quanto suscettibili di interferenze o emergenza in periodi estremamente dipendenti dalle vicissitudini di vita e delle fantasie nel bambino.

Queste fasi sono, inizialmente collegate con l'esplorazione da parte del bambino delle zone erogene a cui si riferisce il nome di ciascuna di queste fasi. La *fase orale* infatti, secondo Freud, si collega a quel periodo, nelle fasi iniziali della vita, in cui il bambino *conosce* il mondo attraverso la bocca, comunicando inoltre con il mondo, prevalentemente assimilando ed emettendo concretamente il cibo e gli oggetti concreti attraverso l'apparato orale. Per Freud dunque, l'esperienza orale è un'esperienza che riguarda l'assimilazione di un piacere (o l'espulsione, a volte anche distruttiva, di ogni esperienza spiacevole) attraverso la bocca. Il cosiddetto *carattere orale* normale evidenzia delle qualità come la generosità, e in quanto estensione simbolica del processo concreto della assimilazione del nutrimento funge da paradigma simbolico per ogni processo di apprendimento. Il carattere orale è, inoltre, in grado di godere degli aspetti piacevoli della vita

¹¹⁹ Freud, S. (1905) *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF, vol. 4.

e, anche per quanto riguarda l'espressione delle pulsioni aggressive, una buona regolazione della pulsioni orale di tipo aggressivo comporta lo sviluppo di un carattere risoluto e determinato. Infatti, Freud attribuisce a questa fase una pulsione sessuale pregenitale di tipo cannibalesco dove non vi è conflitto di ambivalenza verso l'oggetto. La meta sessuale consiste per il bambino nell'incorporazione dell'oggetto, fatto che avviene in questa fase senza che emergano conflitti o interferenze, un modello che più tardi avrà un esito nell'importante funzione psichica dell'*identificazione*. Tuttavia, il carattere orale, proprio per la precocità e l'immatùrità dell'organizzazione mentale del bambino cui si riferisce questa fase, può essere del tutto intollerante alla frustrazione, all'attesa e alle esperienze dolorose o di perdita, insopportabile delle incertezze, e pertanto predispone allo sviluppo di difese molto arcaiche. Se questa organizzazione mentale si consolida (si fissa, direbbe Freud), essa comporta lo sviluppo di un *livello evolutivo di organizzazione della personalità di tipo psicotico*. Nel bambino, la fase orale corrisponde, grosso modo, a tutto il primo anno e mezzo di vita, cui si sovrappone poi la fase anale.

Durante la *fase anale*, il bambino intesse una relazione con la madre basata prevalentemente sul controllo e il rilascio dello sfintere anale. La seconda fase dell'evoluzione libidica, secondo Freud, è collocabile sostanzialmente tra i 2 e i 4 anni. L'organizzazione mentale e libidica del bambino in questo periodo vede il primato della zona erogena anale, impregnandola di significati legati alla funzione della defecazione (espulsione, ritenzione), al binomio funzionale di attività e passività, al controllo e regolazione della comunicazione con la madre attraverso le feci, e spesso all'attribuzione di un valore simbolico alle feci (come degli oggetti che rappresentano parti di sé, o delle proprie fantasie). Parallelamente, secondo Freud, vicino a queste funzioni di controllo muscolare attivo, e di confronto con la propria passività, il bambino vede affermarsi, in questa fase pregenitale, le sue fantasie di tipo sadico e masochistico. Questa fase appare quindi caratterizzata da un'altalenarsi di sentimenti e di fantasie di controllo attivo, e di rilascio passivo, di possessività (e di timore dell'abbandono) nei confronti della madre. In questo senso nel bambino molto piccolo non viene quindi ancora elaborata compiutamente l'ambivalenza. Il cosiddetto *carattere anale*, nelle sue accezioni evolutive, caratterizza una persona che esprime delle qualità come la precisione, l'ordine, il rigore e la ricerca della verità e dell'onestà, mentre nelle sue accezioni disadattative può predisporre delle psicopatologie, portando alla strutturazione di difese di controllo di tipo ossessivo-compulsivo. Per quanto riguarda i livelli evolutivi, la personalità anale predispone, specie quando caratterizzata da oscillazioni umorali e affettive, estreme e drastiche, a un'*organizzazione della personalità di tipo borderline*.

Le fasi evolutive più complesse ed evolute nel bambino, quali la *fase fallica* e la *fase genitale vera e propria* sono supportate, in genere, da difese più mature e a fantasie più strutturate e aderenti alla realtà nel bambino. Durante queste fasi

evolutive possono affacciarsi delle teorie riguardanti la propria nascita e quella degli altri bambini, e fioriscono gli apprendimenti cognitivi. Queste fasi corrispondono dal punto di vista dell'identità psicologica al consolidamento delle identificazioni genitoriali che diventano sempre più congruenti e adattative, grazie allo sviluppo dell'Io e dell'esame di realtà.

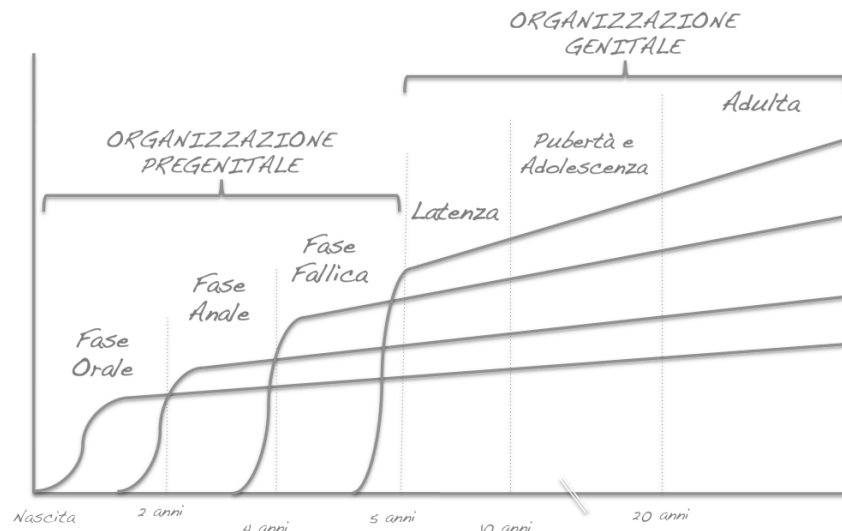


Figura 8: Sovrapposizione delle fasi dello sviluppo sessuale

Le fasi dello sviluppo sessuale si sovrappongono l'una sull'altra, dimostrando come, nella sessualità adulta sono in realtà sovrapposte e stratificate, tutte le organizzazioni precedenti.

Nella fase fallica, l'esplorazione del bambino riguarda prevalentemente le domande e le fantasie sui genitali, ovvero sulla presenza degli stessi nel maschio, e la presunta assenza degli stessi nella femmina. Durante tutto il periodo della fase pregenitale del bambino si strutturano così delle fantasie, e delle teorie per quanto riguarda la sessualità. L'intera sfera cognitiva e affettiva del bambino si organizza intorno a queste fantasie, che divengono vere e proprie teorie sul proprio e altrui funzionamento della mente, costituendo progressivamente tratti del carattere e soluzioni adattative che caratterizzeranno l'identità psicologica del bambino. È quindi, in questa accezione, che ancora oggi le fasi sessuali del

bambino delineate da Freud trovano una loro importanza, sia per la comprensione dello stile di vita e personalità normale, nonché degli esiti patologici dello sviluppo infantile. Secondo Freud, nella *fase fallica*, il bambino struttura delle fantasie aventi come fulcro la presenza dei genitali nel bambino, e l'assenza nella bambina, che culminano, sempre secondo Freud, con la fantasia e l'angoscia di castrazione che caratterizza il periodo della conflittualità edipica. Il *complesso edipico* (in cui il bambino si trova desideroso della vicinanza del genitore del sesso opposto, e nutre dei sentimenti ostili per il genitore dello stesso sesso) conclude, attraverso il consolidamento e la stabilizzazione delle identificazioni con i genitori, la strutturazione della fase genitale vera e propria.

L'*organizzazione genitale* si distingue poi per il consolidamento delle identificazioni del bambino con i propri genitori. I processi di identificazione incominciano già nella fase orale, per protrarsi in tutte le varie fasi successive. Anche nel bambino "genitale" si possono quindi individuare, sovrapposte e in continuità in un'insieme stratificato (si veda la Figura 8), tutte le precedenti fasi pregenitali, che ora si esprimono nella conflittualità edipica, in un ulteriore esempio di stratificazione e *persistenza delle strutture*. Ogni fase sessuale dell'infanzia continua anche nei periodi successivi e si protrae a delineare dei precisi tratti caratteriali in tutto lo sviluppo dell'individuo. Essa rappresenta il coronamento della costruzione dell'identità psicologica, personale e sessuale del bambino: essa rimarrà poi quiescente per tutto il cosiddetto *periodo della latenza* (approssimativamente dai cinque ai 10 anni di vita del bambino). Nel periodo della latenza, secondo Freud, il bambino rimane a contatto con le pulsioni sessuali ed aggressive, ma in forma mascherata, attraverso la cosiddetta *corrente di tenerezza*. Questa, altro non è che una forma modificata della stessa *corrente sensuale* che ha caratterizzato lo sviluppo sessuale pregenitale che riemergerà in tutta la sua intensità in concomitanza con lo sviluppo sessuale organico puberale. Nel periodo della latenza, vediamo quindi nella sua forma estrema il predominio della difesa della *rimozione*, la strutturazione delle *difese di tipo maturo*, e l'organizzazione del carattere intorno un *livello evolutivo di personalità di tipo nevrotico*. Durante la fase di latenza prevalgono le funzioni simboliche, e il controllo della comunicazione e delle azioni avviene prevalentemente attraverso la funzione simbolica e preconsua per eccellenza, ovvero il *linguaggio verbale*.

Nella pubertà e nell'adolescenza, il fanciullo vedrà poi riemergere in tutta la sua impetuosità e, a volte, gravosità, la conflittualità genitale, carica di tutte le identificazioni e le fantasie proprie delle fasi precedenti pregenitali, in un processo che obbliga il giovane adolescente a ripercorrere, in una nuova edizione, il proprio sviluppo infantile. Questo processo, non privo di rischi e di sollecitazioni destabilizzanti, lo porterà alla maturazione sessuale adulta, alla sessualità, e infine alla capacità genitale e procreativa vera e propria.

Da quanto detto, emerge l'importanza delle esperienze dei primi anni di vita, pur tenendo presente che ogni esperienza vissuta nel quotidiano in qualche modo plasma anche le strutture organiche, *in primis* il nostro organo adibito all'adattamento, il cervello. Geni ed esperienza interagiscono tra loro in modo complesso; ad esempio, il temperamento di un bambino lo porta a determinati comportamenti che andranno a provocare determinate risposte da parte della sua mamma e dell'ambiente in generale, tali risposte influenzeranno a loro volta il modo in cui le cellule cerebrali del bambino cresceranno e si collegheranno tra loro in modo che la mente possa adattarsi alle nuove esperienze. Si è visto che le interazioni tra geni ed ambiente hanno l'effetto di amplificare le differenze individuali tra bambini che crescono nello stesso ambiente familiare, a dimostrazione di come lo sviluppo della mente sia determinato da processi di apprendimento e adattamento che il singolo individuo – in quanto risultato dell'integrazione di ambiente, geni ed eventi casuali – mette in atto a fronte di esperienze diverse.

Le relazioni interpersonali, soprattutto quelle precoci, facilitano o inibiscono l'integrazione delle rappresentazioni mentali delle nostre esperienze, permettendoci di avere una visione coerente del mondo. Partendo dalle ricerche sul sistema immunitario per cui ha ottenuto il Nobel nel 1972, Edelman¹²⁰ è arrivato a concepire il cervello come un'entità capace di continui adattamenti ai cambiamenti ambientali. Questa visione, chiamata "*darwinismo neuronale*" permette di ritenere che se si contassero le diramazioni di un neurone e il numero di neuroni con cui entra in contatto, nessuna coppia di persone otterrebbe lo stesso numero, a indicare che non esistono due individui con le stesse caratteristiche psicologiche, nemmeno quando, come nei gemelli monozigoti, presentano lo stesso patrimonio genetico.

Anche se queste considerazioni sono comunemente accettate da tutti, generalmente la genetica è una materia particolarmente invisata agli psicoterapeuti e agli psicoanalisti. Il motivo di quest'avversione è facilmente intuibile: la genetica, specialmente se applicata allo studio del carattere, del comportamento patologico presente nelle malattie mentali porta a scoperte che sanciscono una verità immutabile sulla nostra natura. L'esistenza delle alterazioni geniche ci presenta apparentemente le "ragioni ultime" su come e perché siamo fatti in un certo modo. Se vi è quindi una sofferenza che si esprime con un disagio psichico e/o un comportamento disadattivo nell'individuo, che si correla con la presenza di un preciso gene (o un insieme costante di geni), saremmo tentati a conclu-

¹²⁰ Edelman G.M. (1992) *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*. Tr.it. *Sulla materia della mente*. Milano, Adelphi, 1993.

dere che questa conoscenza non lasci spazio ad alcuna speranza di modifica della condizione problematica. Il presupposto di questo punto di vista è dato dal fatto che noi non possiamo cambiare la nostra predisposizione costituzionale, più di quanto non possiamo cambiare il nostro DNA. Ad esempio, è noto che possedere, nel proprio patrimonio genetico, una coppia di alleli corti del *gene polimorfico del trasportatore della serotonina*¹²¹ (che va sotto l'acronimo di *5HTTLPR*) predispone a sviluppare forme anche gravi di depressione. Se questa conoscenza fosse interpretata in una chiave rigidamente causale (ossia, che possedere questa conformazione genica *significa essere, o diventare, depresso*), renderebbe quindi inutile al paziente ogni tentativo di venire a capo della propria condizione mediante la psicoterapia. In questo tipo di spiegazioni genetiche, lo psicoterapeuta ha comprensibilmente sempre visto messa a rischio l'utilità del proprio lavoro, e quindi la sua stessa identità professionale. Probabilmente, è proprio la divulgazione, mediante pubblicazioni e congressi, di questo tipo di atteggiamento riduzionistico, da parte di psichiatri e di psicologi comportamentisti più intransigenti, che ha portato, negli psicoterapeuti e negli psicoanalisti, a diffidare della genetica. È altresì vero e innegabile che esistono evidenze che alcune forme di malattie mentali anche gravi hanno effettivamente un nesso causale diretto con un'alterazione genetica: tra queste, in particolare l'autismo sembra essere considerato come uno dei disturbi mentali più ereditabili, anche se non è ancora stato trovato un unico *locus genico* in grado di determinare la sintomatologia autistica. Uno studio di collaborazione internazionale ha dimostrato l'esistenza di un'associazione con un *locus* sul cromosoma 7 (il sito 31-33 sul braccio lungo del cromosoma 7). Anche in questo caso, la difficoltà a trovare un sito genetico singolo che inequivocabilmente si trovi associato alla sintomatologia autistica in ogni persona affetta da questa malattia dipende dal fatto che ciò che chiamiamo *autismo* verosimilmente è un sintomo che raccoglie un insieme di quadri psichici di disturbo generalizzato dello sviluppo, delle condizioni, cioè, molto diverse tra loro dal punto di vista eziologico. Anche se appare comprovato che nella grande maggioranza di soggetti affetti da autismo, sia la causa genetica a essere predominante, vi sono soggetti autistici che sviluppano il sintomo in modo più lieve grazie a influenze ambientali più favorevoli.

Di recente, negli ambienti biogenetici, medici e psichiatrici ha cominciato a circolare un atteggiamento leggermente più conciliante rispetto al rigido determinismo causale sulle basi genetiche del comportamento. Questo atteggiamen-

¹²¹ La serotonina (5HT, o 5 idrossi-triptamina) è un importante neurotrasmettitore monoaminico estremamente diffuso a livello cerebrale. La 5HT è un importante regolatore dei processi neurali alla base di comportamenti legati alle emozioni come la rabbia e l'aggressività, i comportamenti alimentari e il sonno. È sui recettori o i trasportatori di questo neurotrasmettitore che agiscono usualmente i principali farmaci antidepressivi attualmente in commercio.

to si esprime in particolare nell'*epigenetica*, ovvero dello studio di tutti quei fattori di *interazione tra genetica e ambiente* (comunemente lo si trova sotto l'acronimo di $G \times E$, ovvero *Genetics by Environment interaction*). La sterile disputa tra ambiente e natura (*nature vs nurture*) oggi potrebbe essere valutata più produttivamente, studiando lo sviluppo del bambino in termini di *interazione tra l'accudimento e il temperamento* (*parenting by temperament interaction*). Questo studio offre agli psicoterapeuti e agli psicoanalisti una prospettiva meno improntata su di un determinismo lineare tra causa cromosomica e malattia mentale, suggerendo in sostanza la *teoria della vulnerabilità genetica*. Secondo questa teoria, ad esempio, possedere il gene con la variante corta del 5HTTLPR non determina di per sé la certezza di sviluppare un episodio di depressione, ma rende la persona portatrice molto suscettibile a sviluppare la malattia, *se, e solo se*, il soggetto incontra *anche* dei fattori stressanti o comunque favorevoli all'insorgenza del sintomo (un'infanzia priva di calore o di affetto proporzionato ai bisogni, e una mancanza di sostegno umano adeguato, o una sequenza di traumi importanti, e così via). Si sono trovati seguendo questa direzione decine di geni che predispongono a determinati comportamenti patologici, che però si manifesterebbero solo in determinate situazioni sfavorevoli allo sviluppo: appunto il locus genico del *gene polimorfico del trasportatore della serotonina* (5HTTLPR) che predisporrebbe a episodi depressivi e a sindromi ansiose nell'adulto. Apparentemente lo stesso gene porterebbe nel bambino una vulnerabilità specifica allo sviluppo della *sindrome da deficit dell'attenzione con iperattività* (o ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Anche una variante a 7 ripetizioni di basi del gene DRD4 (il gene per il recettore D4 della dopamina¹²²) predisporrebbe a comportamenti dirompenti nel bambino, caratterizzati da esternalizzazioni comportamentali e condotte antisociali (agiti verbali e *acting out* motori caratterizzati da agitazione, incoordinazione, fino alla violenza vero e propria, verso sé o gli altri). Una variante a 7 ripetizioni di basi di un altro gene implicato sempre nel metabolismo della dopamina (il locus che codifica per un enzima che elimina la dopamina dal sistema di trasmissione, il gene MAO-A) sarebbe anch'esso implicato quale fattore di predisposizione per comportamenti aggressivi, per lo sviluppo di personalità antisociale, oltre che per sviluppare sintomi di tipo depressivo e abuso da sostanze stupefacenti e da alcol.

¹²² La dopamina è un altro importante neurotrasmettitore monoaminico molto diffuso a livello cerebrale che appare un importante regolatore dei processi neurali alla base di comportamenti legati alle emozioni, nonché un importante regolatore delle funzioni cognitive. L'alterazione dei sistemi dopaminergici, da un punto di vista psichico, può causare disturbi di tipo psicotico (alterazioni caratterizzate da sintomi positivi, quali i deliri o le allucinazioni, o sintomi negativi, quali il ritiro autistico, l'apatia e altre). È sui recettori o i trasportatori di questo neurotrasmettitore che agiscono usualmente i principali farmaci antipsicotici, o neurolettici, attualmente usati nella pratica clinica.

Anche se la *teoria della vulnerabilità genica* appare meno contrastante con il lavoro dello psicoterapeuta con i suoi pazienti, lo scoprire di avere dei geni che svantaggiano rispetto a importanti aspetti della propria vita genera nella persona portatrice, la sensazione di essere comunque “segnato”: nei genitori del bambino così predisposto, o nello stesso terapeuta che ne fosse informato, è facile che si sviluppino dei vissuti di impotenza. Spesso anche queste informazioni derivanti dalla genetica incutono negli psicoterapeuti la paura che, con il proprio lavoro, non si possa fare un granché, a fronte dell’importanza schiacciante dei cromosomi nel determinare lo sviluppo del comportamento. Per questo gli psicoterapeuti rimangono, per così dire, “impauriti” dai geni: considerando il tempo e il lavoro che sono necessari per ottenere un qualche risultato in termini di cambiamento psicologico, se la struttura di base genetica producesse degli effetti così imm modificabili vi sarebbero poche speranze di un beneficio duraturo e stabile. È quindi comprensibile che tanti psicoterapeuti (e tanti pazienti) abbiano paura dei risultati della genetica e preferiscano non saperne nulla. Vi sono più motivi per sfatare o almeno ridimensionare questi timori. Il primo motivo è costituito da un’operazione che ritengo onesta e necessaria in ogni lavoro ma, ancora di più, nella psicoterapia: mantenere una costante cognizione dei propri limiti, dei margini di manovra e degli strumenti che si usano in psicoterapia, permette di offrire a ciascun paziente una prospettiva più realistica sulle effettive possibilità di cambiamento. Ogni paziente dovrebbe, infatti, essere edotto che nel trattamento psicoterapico non è possibile guarire tutto, né che ogni individuo è *idoneo* a fare questo tipo di lavoro: per certi pazienti vi sono altri approcci (farmacologico, cognitivo-comportamentale) che possono essere di prima scelta rispetto alla psicoterapia psicoanalitica. Come ogni trattamento anche la psicoterapia deve tener conto dei *gradi di libertà* presenti nel paziente fin dall’inizio, dipendenti dalle variabili biologiche e dallo sviluppo organico, quindi anche quelli dettati dal patrimonio genetico ereditato. Spesso inoltre, è importante anche tenere conto del fatto che, pur potendo offrire una qualche forma di aiuto, i fattori epigenetici possono essere non più riabilitabili: cioè a fronte di un patrimonio genetico nei limiti nella norma, è possibile che esperienze precoci estremamente destabilizzanti, una volta superati i periodi critici dell’infanzia, si siano talmente consolidati nel carattere e nella struttura di personalità da non poter essere ricondotte a uno sviluppo pienamente normale. Queste considerazioni sono importanti nelle prime fasi valutative di ogni rapporto terapeutico, ed è utile per portare a importanti adattamenti da applicare alla psicoterapia di quello specifico paziente. In sostanza la psicoterapia e il trattamento psicoanalitico non costituiscono una panacea, non possono garantire *guarigioni complete*, né offrire al paziente infinite possibilità

di cambiamento¹²³. Queste considerazioni non sono improntate su di un atteggiamento pessimistico, ma al contrario mirano a poter realisticamente offrire a persone che hanno avuto fortune diverse nella loro storia genetica e ambientale precoce (e quindi fundamentalmente strutturate in modo diverso) una comprensione migliore da parte dello psicoterapeuta e un atteggiamento terapeutico caratterizzato da obiettivi più aderenti alla realtà psicologica del singolo paziente.

LA TEORIA DELLA SUSCETTIBILITÀ GENETICA DIFFERENZIALE

La seconda ragione per cui, a nostro avviso, può essere importante conoscere l'influenza della componente genetica nel comportamento ci viene da un'altra teoria sull'interazione tra ambiente e genetica. Questa teoria va sotto il nome di *teoria della suscettibilità genetica differenziale*. La teoria della vulnerabilità aveva modificato la nostra visione di molti disturbi psichiatrici e comportamentali, perché li spiegava non come un prodotto della natura o delle influenze ambientali soltanto, ma di una complessa serie di "interazioni tra gene e ambiente". Secondo la prima teoria della vulnerabilità, quindi i geni non ci condannano ad avere questi disturbi, ma (1) se possediamo la versione "sfortunata" di certi geni e (2) se "la vita ci tratta male", e solo ove entrambe queste condizioni siano soddisfatte, allora tendiamo ad ammalarci. La *teoria della suscettibilità genetica differenziale* dà delle risposte a domande che la teoria della vulnerabilità non spiega: *se le varianti di certi geni generano soprattutto disfunzioni e problemi, come hanno fatto a sopravvivere alla selezione naturale?* E ancora, in modo più importante: *se questi geni ci rendono così sfortunati in determinate circostanze, come mai sono così diffusi nella popolazione?* Secondo la teoria dell'evoluzione e della selezione naturale, i geni di questo tipo avrebbero dovuto essere eliminati. Eppure, circa un quarto degli esseri umani è portatore della variante corta del gene polimorfo 5HTTLPR, il gene più studiato associato alla depressione; inoltre più di un quinto della popolazione umana è

¹²³ Alcuni psicoterapeuti, spesso anche psicoanalitici, credono, in un'ottica eccessivamente ottimistica, che le possibilità di sviluppo di un individuo siano infinite e che tali permangano per tutta la vita. Anche se è vero per ciascun individuo che vi sono sempre possibilità di conoscere più a fondo, e padroneggiare, le tendenze strutturate in età infantile, è anche dimostrato che, nel ciclo di vita, esistono *periodi critici*, superati i quali le esperienze possono incidere sul nostro carattere, sulle modalità affettive e sullo stile cognitivo di personalità, ma in modo sempre più limitato. Gli interventi di un terapeuta che non tiene conto di queste limitazioni (che *idealizzano*, potremmo dire, le potenzialità del trattamento psicoanalitico) porteranno alla costruzione nel paziente di *illusioni* rassicuranti, e fino a qui la cosa potrebbe ancora essere accettabile. In genere, tuttavia, la realtà disconferma puntualmente questi costrutti illusori, disvelando la loro natura fittizia, spesso lasciando al loro posto cocenti e dolorosi sentimenti di delusione. Monteverde (comunicazione personale, 2008) chiama queste modalità relazionali presenti anche in psicoanalisi "imposture".

portatore della variante genica DRD4 associata all'esternalizzazione, all'asocialità, al comportamento violento, al deficit d'attenzione e iperattività e all'ansia. Secondo il principio fondamentale dell'evoluzione e della genetica, ciò che geneticamente ci rende meno adattabili, ci espone maggiormente ai danni che derivano dall'ambiente.

Per cercare di spiegare come queste varianti geniche apparentemente dannose si sono mantenute, nel 2004¹²⁴ Marian Bakermans-Kranenburg, docente di studi sull'infanzia e sulla famiglia in Olanda, ha studiato la vita di un gruppo di famiglie con bambini di età compresa tra uno e tre anni che avevano un comportamento tendenzialmente oppositivo, bambini che risultavano più aggressivi della media, segnalati per comportamenti dirompenti nell'ambito familiare o nella scuola materna. Inizialmente i bambini inclusi nello studio sono stati più di duemila. Poi le ricerche si sono concentrate su circa 250 famiglie di bambini che mostravano un comportamento che questi psicologi hanno chiamato di *esternalizzazione*¹²⁵. Questi bambini piangevano, urlavano, picchiavano, facevano capricci, e respingevano ostinatamente qualsiasi richiesta ragionevole, in una misura significativamente maggiore, rispetto ai coetanei. Secondo alcune ricerche, i bambini che agiscono in questo modo troppo spesso rischiano, in seguito, di essere logorati da questo comportamento, di avere difficoltà a scuola e nei rapporti con i compagni e di diventare adulti asociali e aggressivi¹²⁶. I ricercatori dello studio olandese hanno dimostrato che, se ai genitori di questi bambini veniva offerta una possibilità di ri-osservare (mediante dei filmati) i propri comportamenti, le esternalizzazioni del loro bimbo diminuivano del 16% (a fronte del 10% di quelle di un gruppo di controllo non trattato). L'intervento quindi era apparentemente semplice, lontano per modalità e complessità da quanto offerto da una psicoterapia, si trattava di una sensibilizzazione dei genitori rispetto alle proprie reazioni in risposta ai comportamenti del figlio, eppure preso globalmente questo gruppo di bambini (di età compresa tra il primo e il terzo anno) ha dimostrato, in linea con la teoria della vulnerabilità genetica, che, se essi erano

¹²⁴ Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2007) For better and for worse. Differential susceptibility to environmental influences. *Current directions in Psychological Science*, vol. 16, N. 16, pp. 300-304.

¹²⁵ Nello studio in questione, il termine *esternalizzazione*, pur presentando interessanti ed evidenti analogie con l'uso psicodinamico, in uso in questo testo, si riferisce qui invece all'espressione comportamentale di esternare un disagio mediante un fenomeno osservabile prevalentemente di carattere motorio. In psicoanalisi, per *esternalizzazione*, intendiamo il processo per il quale una parte significativa ed importante del nostro mondo interno rappresentazionale (i nostri sentimenti e i vissuti in una relazione) vengono, parzialmente o totalmente, disconosciuti come parte di sé, e considerati come appartenenti al mondo esterno, a qualcun altro.

¹²⁶ L'esternalizzazione comportamentale di questo studio potrebbe essere l'analogo delle attualizzazioni basate sull'esternalizzazione di cui ci siamo esaurientemente occupati nel capitolo 7.

portatori del gene predisponente all'esternalizzazione (nel caso di questo studio era stato studiato il gene per il recettore per la dopamina, DRD4), i genitori che aveva ricevuto la sensibilizzazione sviluppavano un atteggiamento con risposte più pensate, producendo degli effetti positivi sul comportamento dei figli. I ricercatori olandesi hanno quindi studiato la struttura genetica dei bambini osservati e che presentavano il comportamento più agitato. Nei due gruppi dei bambini "più vivaci" (sia in quello trattato, sia in quello di *controllo*, non trattato), la distribuzione genica era uguale: in entrambi i gruppi due terzi dei bambini aveva il gene protettivo, mentre un terzo dei bambini possedeva il gene che li predisponeva all'esternalizzazione. In altri termini, secondo la prospettiva della vulnerabilità genica, due terzi dei bambini (sia quelli "più calmi", sia quelli "più agitati") presentavano il corredo cromosomico con l'allele protettivo, ("fortunato", cioè a basso rischio di esternalizzazione), mentre l'altro terzo di ciascuno dei due gruppi di bambini presentava la variazione genica predisponente (quella che eleva il rischio di vedere consolidato nel carattere del bambino il comportamento disfunzionale). Può, a questo punto sorprendere che tra i "bambini troppo vivaci" ben due terzi erano quindi rappresentati da bambini che possedevano l'allele protettivo. Questa considerazione ci porta una volta di più a rimarcare che una tendenza comportamentale (che in un adulto diventa poi un *tratto* del carattere, come l'inclinazione all'esternalizzazione comportamentale, all'iperreattività e all'aggressività) non può essere ricondotta solo agli aspetti genetici, tantomeno alla presenza o meno di *una* variante di *un* gene. Verosimilmente, tra questi bambini "geneticamente protetti", vi erano quindi bambini che non vivevano "in un ambiente sufficientemente protetto", vuoi perché di madri con inclinazione alla depressione, o semplicemente poco accudenti; altri di questi bambini "geneticamente protetti ma iperreattivi" possono essere stati cresciuti da genitori con difficoltà concrete, come gravi problemi economici, oppure in famiglie con tensioni coniugali, con lutti e così via. In sostanza, alcuni dei bambini inseriti nella categoria dei "troppo vivaci" sono bambini "geneticamente normali", che reagiscono, in altre parole, "normalmente male", a quei fattori ambientali che possono, in varia misura e temporaneamente, destabilizzare la vita di ogni bambino, indipendentemente dalla sua dotazione genica.

Nell'esperienza olandese, come sopra già menzionato, un gruppo è stato sottoposto a questo intervento familiare rieducativo, l'altro è stato studiato solo all'inizio e alla fine dell'esperimento, misurando la frequenza nel bambino delle esternalizzazioni comportamentali. L'assunto era che, in questo secondo gruppo di controllo, gli eventuali miglioramenti osservati sarebbero stati l'effetto dell'aumento fisiologico, dato della crescita e dall'acquisizione dell'autocontrollo del bambino, sempre più esposto al mondo sociale. Quello che si è effettivamente osservato è che, nel gruppo di controllo, di bambini non "riabilitati" dalla famiglia "sensibilizzata" (ancora una volta in linea con la teoria della vulnerabilità), i bambini geneticamente più solidi (perché protetti dall'allele "for-

tunato”) hanno visto ridotte i loro comportamenti di esternalizzazione dell’11%, mentre quelli con l’allele “svantaggiato” continuavano a essere “più vivaci”, con una riduzione delle esternalizzazioni solo del 7% (con una differenza minima tra i due gruppi, anche se statisticamente significativa).

La vera sorpresa è giunta tuttavia dallo studio dei bambini del gruppo *target*, i bambini portatori del gene potenzialmente “handicappante”, ma soggetti a intervento familiare sensibilizzante: nel periodo dello studio (otto mesi), le famiglie di questo gruppo dovevano, infatti, videoregistrare in particolari momenti della giornata le loro interazioni con il loro bimbo. Dopo alcune istruzioni iniziali da parte degli esperti, i genitori erano invitati poi semplicemente a rivedere quotidianamente ciò che avevano visto (e a rifletterci su) in un’attività da svolgersi autonomamente per il periodo della ricerca. Secondo il modello della vulnerabilità, essi avrebbero dovuto rispondere meno dei loro compagni portatori dell’allele protettivo, infatti il modesto miglioramento prodotto dall’intervento non avrebbe potuto compensare la loro vulnerabilità genetica costituzionale. In realtà i portatori dell’allele di rischio hanno battuto i loro compagni, riducendo il loro punteggio di esternalizzazione del 27%, mentre nei portatori dell’allele protettivo è diminuito solo del 12% (andando a vedere, non molto di più dell’11% osservato nel gruppo di controllo con lo stesso allele, diminuito solo per effetto dell’aumento dell’autocontrollo sociale; si veda la Figura 9). Questo dimostra che gli alleli cosiddetti “di rischio” costituiscono non solo uno svantaggio, ma possono essere, nelle condizioni adatte, anche una potenzialità. È quindi un errore considerare i geni “predisponenti al rischio” solo come uno svantaggio. È vero che, in una situazione sfavorevole, questi geni possono provocare dei guai agli individui portatori, ma in un contesto favorevole questi geni possono rivelarsi preziosi. Quindi la sensibilità genetica alle esperienze negative, individuata grazie all’ipotesi della vulnerabilità, è solo il lato negativo di un fenomeno più generale: una maggiore sensibilità genetica a tutta l’estrema variabilità di esperienze cui è possibile essere esposti nell’ambiente.

La maggior parte dei ricercatori ha ignorato finora le prove a sostegno di questa teoria perché la genetica si era concentrata soprattutto sulle disfunzioni comportamentali. Nel campo della genetica del comportamento, la maggior parte degli studi è stata condotta da persone che si sono occupate di malattie mentali e che quindi sono interessate soprattutto alla vulnerabilità: *non vedono il lato positivo, perché non lo cercano*. Da questo punto di vista, si sentono invece ultimamente, anche in ambienti scientifici, usare colorite espressioni, quali “bambini orchidea” e di “bambini soffioni”. Infatti il soffione, o dente di leone (in inglese, *dandelion*) è un fiore che cresce potenzialmente dappertutto, sia in un bel campo fiorito, come su di un lembo di terra dentro una fessura del marciapiede; l’orchidea invece è un fiore estremamente delicato e se non trova il terreno adatto non fiorisce affatto; tuttavia se trova le condizioni adatte raggiunge una fioritura impareggiabile. I bambini “soffioni” sono bambini sani e normali, dotati di geni

“elastici” che permettono loro di cavarsela bene quasi ovunque. I bambini “orchidea”, se sono ignorati o maltrattati appassiscono, ma se vengono coltivati adeguatamente diventano straordinari. È una visione innovativa, perfino leggermente disorientante, sia della forza, sia della fragilità umana.

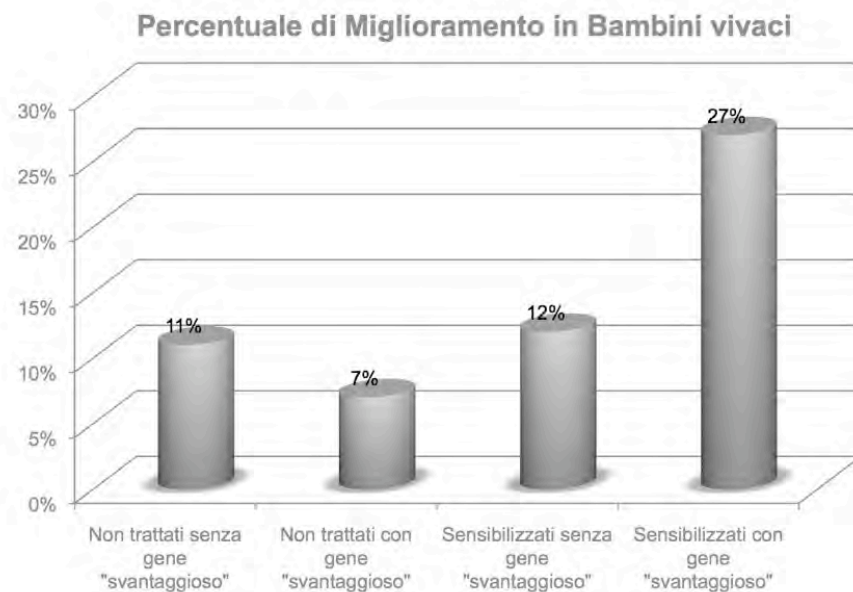


Figura 9: Esternalizzazioni in bambini iperattivi

Un campione di bambini, estratto da una popolazione di più di 2000 famiglie, è stato selezionato sulla base di un comportamento manifesto che potrebbe essere categorizzato da “troppo vivace” a “dirompente”. Il campione è stato scelto sulla base di una scala che misurava il grado della esternalizzazioni comportamentali dei bimbi. Una parte di questi bambini fin troppo “esuberanti” è stata osservata, prima e dopo un periodo nelle loro famiglie, per valutare l’effetto della crescita e dal progressivo aumento del controllo sociale sul comportamento esternalizzante. L’altra metà dei bambini “vivaci” è stata sottoposta a un trattamento riabilitativo indiretto, che veniva appreso cioè somministrato ai genitori, e che comprendeva delle autoosservazioni mediante delle videoregistrazioni del proprio comportamento di genitore con il bambino, dopo aver ricevuto delle attente istruzioni da parte di personale psicologico esperto. I due gruppi erano ulteriormente suddivisi sulla base della distribuzione polimorfismo genetico: in entrambi i gruppi era presente, nella stessa percentuale, il gene protettivo rispetto all’eccesso di esternalizzazioni (Gene +) e il gene che predispone al comportamento dirompente (Gene -). I risultati hanno sorprendentemente dimostrato una maggiore reattività al trattamento (e pertanto una maggior diminuzione del comportamento disadattivo) nei bambini trattati e geneticamente più a rischio, rispetto a tutti gli altri gruppi.

L'etologia permette delle manipolazioni sperimentali sugli animali che non è possibile fare, per ovvi motivi etici, con gli esseri umani, e in particolare nei bambini. Al tempo stesso, l'etologia utilizza una metodologia sperimentale che, pur effettuata sull'animale, è in genere incruenta, ovvero basata precipuamente sull'osservazione del comportamento; spesso essa si effettua sull'animale libero di muoversi nel suo ambiente naturale. Occasionalmente, si tratta di applicare delle procedure cruente che prevedono tutt'al più un'immobilizzazione dell'animale per prelevare materiale biologico (saliva, sangue, etc.) per estrarre il loro DNA, e pertanto ottenere la configurazione genetica esatta del singolo animale.

Con questa modalità si sono compiute numerosissime ricerche, ma forse, tra tutte le prove a sostegno della teoria della suscettibilità genetica differenziale, la più convincente è quella fornita da Stephen Suomi, un ricercatore¹²⁷ specializzato nello studio dei macachi, in particolare una specie di macachi, le scimmie *rhesus* (o *macaca mulata*). Questi macachi condividono con noi quasi il 95% del loro DNA (ad esempio, ora si sa che lo scimpanzé, precedentemente ritenuto la scimmia geneticamente più vicina all'uomo, ha il 94% di concordanza genetica con l'uomo). Questa stretta somiglianza ci ha aiutato a capire i motivi dell'ineguagliato successo adattativo di queste due specie sul nostro pianeta (sia l'uomo, sia il macaco vivono sostanzialmente in ogni continente) e ha contribuito anche a convalidare la teoria della suscettibilità genetica differenziale. Suomi è stato il principale allievo di Harry Harlow, uno degli scienziati del comportamento più influenti del novecento e che ha dato importanti contributi alla teoria dell'attaccamento con i suoi studi etologici sull'importanza per i cuccioli della relazione materna. Harlow, come Bowlby, ha permesso di concludere che il bisogno di attaccamento per la gran parte degli animali mammiferi ha posto la stessa importanza per la sopravvivenza dell'individuo degli altri bisogni primari (pari cioè all'importanza del mangiare, del bere, del muoversi per esplorare e del dormire). Suomi ha studiato in ambientazioni naturali, in particolare in un'isola al largo di Santo Domingo, nei Caraibi, lo sviluppo delle interazioni interindividuali, famigliari e gerarchiche di una grossa colonia di scimmie *rhesus*, lasciate libere di interagire l'una con l'altra nel loro ambiente. Abbiamo accennato al fatto che le scimmie *rhesus*, hanno una caratteristica che le rende ulteriormente simile all'uomo: i macachi sono animali che più di ogni altra scimmia, più ancora dello scimpanzé e dell'orango, si sono adattati praticamente a ogni tipo di ambiente e sono presenti in ogni continente del nostro pianeta. In maniera ancora più sorprendente sembra che i macachi *rhesus* siano

¹²⁷ Suomi, S.J. (1997) Early determinants of behaviour: evidence from primate studies. *British Medical Bulletin*, 53 (No. 1):170-184.

le uniche scimmie (tra le altre sottospecie di macachi e anche tra le altre scimmie antropomorfe, come il gorilla e lo scimpanzé) a manifestare un *polimorfismo genetico* per i geni relativi alla regolazione del comportamento. Il polimorfismo fa sì che, nella stessa specie animale, degli individui che hanno dei geni leggermente diversi, vuoi nella lunghezza del gene, vuoi nella composizione del gene, abbiano anche espressione diversa e pertanto, a seconda della struttura proteica prodotta dal gene, producono influenze diverse sulle strutture organiche e sul comportamento. Ci focalizzeremo sulla sorprendente osservazione, derivante dalle ricerche sul polimorfismo genetico dei geni legati al comportamento, ossia quella che, di primo acchito, appare come una dotazione genica che svantaggia gli individui che li possiedono in realtà appare come l'elemento decisivo per raggiungere il successo adattativo esteso che rende così diffuse queste due specie di primati, l'*homo sapiens* e le scimmie *rhesus*.

Analogamente alla ricerca condotta sui bambini olandesi, Suomi ha studiato nelle sue colonie di macachi i soggetti più "agitati", innanzitutto scoprendo che, nell'ampio spettro comportamentale dimostrato dai macachi questi soggetti sono tutt'altro che rari. È bene sapere che le colonie di macachi possono raggruppare centinaia di individui, generalmente riuniti in *truppe* (*troops*). Ogni truppa costituisce l'analogo per i macachi della *famiglia* per gli umani. Ciascuna truppa è capitanata da una femmina (la società dei macachi *rhesus* è una società fondamentalmente matriarcale) e la perpetuazione della truppa è matrilineare, in quanto le piccole femmine una volta cresciute, rimangono nella propria truppa, mentre i giovani maschi raggiunta la maturità sessuale (all'età di circa tre anni per i macachi) lasciano la propria truppa per congiungersi con un'altra truppa, dopo un breve periodo di permanenza in bande, con altri "adolescenti" fuoriusciti. Infatti solo i giovani maschi si trasferiscono in altre "famiglie", mentre le femmine rimangono nel nucleo di origine. La sopravvivenza stessa di questi soggetti dipende da un corretto apprendimento, nel periodo dell'infanzia e fino ai tre anni, di un discreto repertorio di interazioni sociali che permetta loro di farsi accettare dai maschi e dalle femmine della nuova truppa che li accoglierà. In genere il cucciolo di macaco passa i suoi primi tre-quattro mesi di vita, dopo la nascita, in stretta vicinanza della madre; dopo questo periodo e, in maniera crescente, il piccolo passa più tempo con i coetanei dove sperimenta nel gioco *pattern* di comportamento sempre più sofisticati (inclusi giochi di predominio/sudditanza, di accoppiamento sessuale o giochi di controllo o libera espressione dell'aggressività). Questi giochi gli permetteranno poi un migliore adattamento nelle situazioni che la scimmia che lascia la truppa originaria (l'adolescente, diremmo, nella grammatica comportamentale del ciclo di vita degli umani) incontrerà nella critica fase di separazione dal gruppo e accoglimento nella nuova "famiglia", o truppa. Le analogie con lo sviluppo umano rilevabili nella crescita dei piccoli di macaco *rhesus* crediamo che siano chiaramente evidenti. All'interno di ogni truppa, i "cuccioli troppo vivaci" in rapporto agli altri

sono in un'alta percentuale, fino al 20% di tutta la popolazione dei piccoli di macaco. Suomi ha definito questi cuccioli di macaco, "iperreattivi": sono quei piccoli che fin dalla nascita dimostrano un attaccamento ansioso verso le madri, sono paurosi, tendono a non esplorare il proprio ambiente, e a lasciare la propria truppa molto più tardi degli altri. Dal punto di vista biologico è stato osservato che questi animali sono tendenzialmente più in tensione rispetto ai coetanei meno ansiosi, e dimostrano conseguentemente una maggiore e più prolungata attivazione degli ormoni dello stress (ACTH e cortisolo) degli altri componenti della truppa. Al momento della separazione dalla madre (ad una certa età incoraggiata dalla madre stessa) questi individui tendono a dimostrare un pattern comportamentale caratterizzato da apatia, e tristezza, quindi di tipo depressivo, e una maggiore attivazione dell'asse ipofisario dello stress cronico, che porta, tra le altre conseguenze anche ad un calo delle difese immunitarie. Le difese immunologiche abbassate predispongono poi questi individui ad ammalarsi maggiormente rispetto ai corrispettivi coetanei. Anche le femmine "iperansiose" tendono, nell'età dell'accoppiamento, a essere meno ricercate dai maschi e, se riescono a riprodursi, accudiscono poi i propri figli con trascuratezza, esponendo facilmente la prole ai pericoli e quindi a rischi per la loro incolumità. Vediamo quindi che gli esemplari cosiddetti "iperreattivi", analogamente ai bambini studiati in Olanda, se lasciati a loro stessi tendono ad avere maggiori problemi. Nei macachi questi problemi sono di entità tale da compromettere la stessa esistenza dell'individuo e da ridurre in modo consistente le *chance* di riprodursi. I macachi troppo iperreattivi risultano disturbanti agli altri, e pertanto vengono fisicamente allontanati, spesso "esiliati" dalla truppa originaria, e non riescono a farsi accogliere in una truppa nuova. Se giungono in una nuova "famiglia", essi acquisiscono un posto ai livelli più bassi (e meno sicuri) della scala gerarchica, fatto che riduce le loro possibilità di conquistare una *partner* sessuale. È dimostrato che vi è una componente genetica predisponente allo sviluppo di questa tendenza all'iperreattività. Ma sorge di nuovo spontanea la domanda: perché questa configurazione genetica svantaggiante esiste ancora (e in percentuale così alta) nella popolazione dei macachi? Visto che questi geni causano degli esiti comportamentali così disastrosi per i loro portatori, essi avrebbero, per effetto della selezione naturale, dovuto progressivamente ridursi, portando all'estinzione il gene e i loro portatori. Invece non è andata così. Apparentemente una grossa porzione (quasi un quinto) della popolazione di macachi (analogamente a quanto succede nell'uomo), possiede questa tendenza comportamentale ereditabile.

Vi è un secondo sottotipo di cuccioli "ancora più agitati" tra i macachi, anche se in una percentuale minore rispetto ai cosiddetti "iperreattivi". Questi cuccioli, definiti "impulsivi", sono eccessivamente aggressivi, non si controllano nei giochi con gli altri coetanei, finiscono prima o poi per fare del male agli altri, che iniziano così a evitarli. Essi eseguono quindi delle azioni troppo azzardate,

come dei salti tra due alberi posti a distanza eccessiva, oppure sfidano la femmina dominante, e persino i maschi adulti. Spesso queste azioni si concludono con gravi danni, a volte anche con la morte, a carico del cucciolo impulsivo. Questi macachi "impulsivi" sono in una percentuale pari al circa il 5% della popolazione. In un'analogia con la categorizzazione caratteriale umana, questi cuccioli sono, tra i macachi, l'analogo dei soggetti affetti da *disturbo di controllo degli impulsi*¹²⁸. Di fatto, nei macachi, sono questi i soggetti che hanno una probabilità, molto maggiore degli esemplari "iperattivi", pari quasi al 100%, di andare incontro a gravi danni fisici, di essere definitivamente esclusi da ogni truppa della colonia. Essi, diventando degli isolati, degli *outsider*, non hanno quasi alcuna possibilità di tramandare, riproducendosi, il loro patrimonio genetico. Eppure anche in questo caso, il loro corredo genetico è giunto fino ai giorni nostri, inoltre in una percentuale non trascurabile (fino al 5%). Come è possibile questo? Anche in questo caso dobbiamo ricorrere alla teoria della suscettibilità differenziale per spiegare questa permanenza fenotipica e genotipica nei macachi *rhesus*.

Tentiamo ora di rispondere alla domanda posta su come si possano essere preservati in natura questi geni svantaggiosi. Nello studio di Suomi¹²⁹ sono stati analizzati i genotipi dei macachi cosiddetti "agitati" (che comprendono sia gli "iperattivi" sia gli "impulsivi"). Nella loro globalità questi macachi presentano una maggiore prevalenza dell'allele corto del trasportatore della serotonina (5HTTLPR). Ricordiamo che, come per i cuccioli umani (i bambini studiati in Olanda), anche nei macachi non vi è una proporzionalità diretta tra la presenza della variante "svantaggiata" del gene che controlla la presenza di serotonina e l'espressione comportamentale che rende i macachi portatori ansiosi e iperattivi, o aggressivi, come nella popolazione dei macachi impulsivi. Per quanto abbiamo detto sull'inestricabilità tra fattori genetici e ambientali, risulterà chiaro che tutte e tre le tipologie comportamentali presenti nei macachi (la popolazione "normale", gli "iperattivi e ansiosi", gli "impulsivi e aggressivi") presenteranno nei loro individui tutti e tre i corredi genetici relativi al gene che controlla questo comportamento: ossia sia *l/l* (due alleli lunghi, che è apparentemente il corredo più "protettivo" rispetto alle intemperanze e alle esternalizzazioni comportamentali), sia soggetti con assetto genetico *l/c* (nella coppia di cromosomi, uno con l'allele lungo e uno con l'allele corto), infine soggetti con il

¹²⁸ In termini psicodinamici, se si trattasse di un essere umano, potremmo dire che sarebbero individui che non hanno adeguatamente assimilato e strutturato una guida interna, un "pilota automatico" di memorie procedurali, che funga da inibitore, moderatore, o benevolo istruttore rispetto alle spinte istintuali. Si parlerebbe quindi di una scarsa strutturazione del Superio, in persone assoggettate al principio del piacere/dispiacere e al processo primario.

¹²⁹ Champoux, M., Bennett, A., Shannon, C. Higley, J.D., Lesch, K.P. & Suomi S.J. (2002) Serotonin transporter gene polymorphism, differential early rearing, and behavior in rhesus monkey neonates. *Molecular Psychiatry* 7, 1058-1063.

corredo c/c (ossia con entrambi i cromosomi della coppia omologa con l'allele corto). È tuttavia verosimile ipotizzare che nella popolazione dei macachi "aggressivi impulsivi" vi sia una maggiore rappresentazione del corredo l/c (e specialmente di quello c/c). Nella popolazione dei macachi "iperattivi" verosimilmente vi sarà una predominanza di genotipi di tipo l/c , mentre nei soggetti più "socievoli" vi sarebbe una netta predominanza di alleli l/l , che risultano stabilizzanti il comportamento sociale. Suomi ha manipolato in modo ingegnoso l'allevamento di questi piccoli bambini iperreattivi: ha affidato i piccoli iperreattivi e quelli impulsivi a delle *super-mamme*. Egli ha scelto nelle truppe quelle femmine adulte con un comportamento che si potrebbe dire analogo nel mondo animale a quello degli psicoterapeuti. Queste scimmie erano delle mamme che da gravidanze precedenti avevano dato prova, all'osservazione etologica, di un comportamento resistente e tenace rispetto alle intemperanze dei loro piccoli: sono quindi mamme di macaco che dimostravano una straordinaria capacità di accudimento dei piccoli, molto protettive e che offrivano un attaccamento molto sicuro. Suomi ha quindi affidato parallelamente altri cuccioli iperreattivi a delle mamme "normali" (normo-accudenti), cioè a delle mamme di macaco avvezze a un comportamento materno "medio", protettivo ma che, quando spazientite, davano segni di manifesta intolleranza. Questo accudimento differenziato è stato protrato per i primi sei mesi di vita dei cuccioli normali e dei cuccioli iperattivi. I risultati sono stati sorprendentemente simili alla esperienza olandese condotta con gli umani, ma in un ambiente altamente controllato, come ovviamente non può accadere negli esperimenti con gli esseri umani. In linea con la teoria della venerabilità, (1) i cuccioli di macaco iperreattivi allevati dalle mamme normoaccudenti si posizionavano al livello più basso degli apprendimenti, della precocità di separazione dalla madre e dalla truppa, di controllo dell'ansia e degli impulsi. Una volta cresciuti, questi individui ricoprivano una posizione gerarchica nella truppa di arrivo molto bassa; inoltre (2) i cuccioli normali accuditi da mamme iperprotettive e quelli allevati da mamme normoaccudenti, nelle scale di successo adattativo, si posizionavano in una posizione intermedia. Il risultato più sorprendente, decisamente non congruente con la teoria della vulnerabilità genetica, ma in linea con la teoria della suscettibilità genetica differenziale (analogamente all'esperienza dei bambini olandesi), è stata la constatazione che i cuccioli di macaco più vivaci e agitati, allevati dalle mamme tenaci (o psicoterapeute) erano quelli che avevano raggiunto il maggior successo adattativo, raggiungendo i posti più elevati della scala gerarchica, e una maggiore flessibilità e adattabilità nelle competenze sociali. Possiamo ipotizzare che questi piccoli venuti al mondo con il gene "destabilizzante" verosimilmente avevano acquisito una maggiore assertività negli obiettivi da perseguire, dopo l'esperienza sensibilizzante e ristabilizzante dell'accudimento materno molto sicuro. In sostanza, i piccoli che erano geneticamente partiti più svantaggiati, se esposti a un "ambiente affettivo arricchito"

crescevano meglio degli altri e raggiungevano un maggior successo personale, e quindi maggiori possibilità di tramandare alle generazioni successive il loro patrimonio genetico (che, come abbiamo specificato sopra, verosimilmente presentava globalmente in questa popolazione anche una percentuale maggiore di geni “svantaggiosi”). Si vede quindi in che modo questi geni si sono selezionati e sono stati mantenuti nelle due specie che mostrano questo polimorfismo genetico (la specie umana e quella dei macachi *rhesus*). Questi geni polimorfi non conferiscono quindi alla specie solo dei “punti di minore resistenza”, delle fragilità, come postulerebbe la teoria della vulnerabilità genetica ma conferiscono a queste due specie quello che potrebbe definirsi come un *surplus* di adattabilità, che ha permesso alla specie umana (e ai *rhesus*) di distribuirsi con successo negli ambienti più vari. Perciò la teoria della suscettibilità genetica differenziale spiega come mai questi caratteri apparentemente svantaggiosi si sono mantenuti: in condizioni speciali e critiche, questi geni addirittura favoriscono i loro portatori, diventano da “svantaggiosi” a “geni vantaggiosi” per chi li porta. I bambini cosiddetti “soffioni”¹³⁰ (o i cuccioli di macaco più controllati e tolleranti alla frustrazione) crescono e garantiscono la stabilità della popolazione, della famiglia (o nel caso dei macachi della truppa); i bambini “orchidea” (come i cuccioli di macaco iperreattivi e quelli impulsivi) che sono meno numerosi, e che si trovano in difficoltà nella maggior parte delle circostanze, possono eccellere quando le “cose si fanno dure”, in situazioni destabilizzanti, sintonizzandosi, se sostenuti adeguatamente, con un contesto che gli diventa quindi più congeniale. Inoltre, questi stessi individui possono crescere meglio dei bambini “mediamente competenti” se accuditi da una madre tenace e iperprotettiva, esattamente come richiede l’orchidea nell’ambiente strettamente controllato della serra. L’evoluzione tende quindi a favorire, secondo questa prospettiva, le specie che hanno impiegato la strategia di investire sia negli individui in sintonia con un ambiente stabile, sia quelli che continuano a funzionare conformandosi a un ambiente insicuro e destabilizzante.

La natura e il comportamento animale ci ricordano quindi qualcosa a proposito della “postura” (dell’attitudine al lavoro) dello psicoterapeuta: sicuramente è un mestiere che richiede una predisposizione alla pazienza e buone dosi di tenacia e perseveranza. Ciò che chiamiamo *psicoterapia* forse altro non è che una variante di questo naturale atteggiamento di tenace e ostinata convinzione nelle potenzialità di crescita del individuo, anche quando ci sembra che lo stesso sia congenitamente svantaggiato, o imm modificabile nella coazione a ripetere comportamenti dannosi a sé e agli altri.

¹³⁰ Ellis B.J., Boyce W.T. (2008) Biological Sensitivity to Context, *Current Directions in Psychological Science*. Volume 17 (3), p. 183-187.

Il fattore predominante che predispone le persone “a sentirsi” femmina o maschio è dato dalla presenza di strutture cerebrali geneticamente predeterminate e ormono-dipendenti. Queste strutture si sviluppano per configurare un cervello da donna o da uomo, e conseguentemente, anche il comportamento femminile o maschile. Tuttavia anche un tratto macroscopico, come quello dell'identità di genere, che sicuramente dipende dall'assetto genico¹³¹ e cromosomico, in realtà ci può dimostrare quanto sia influenzabile l'espressione del nostro patrimonio genetico dall'esperienza ambientale.

Stoller¹³², uno studioso dello sviluppo dell'identità di genere, ha analizzato i legami tra le interazioni precoci che si svolgono nella diade madre-bambino, nella fase precoce del loro rapporto simbiotico, in particolare valutando il ruolo facilitante (o eventualmente inibitorio) della madre sulla nascente identità sessuale del bambino, correlandolo poi con il patrimonio biologico ed anatomico del bambino. L'obiettivo della ricerca era di vedere come nasce il sentimento di appartenenza al proprio genere. Un fattore di confondimento *a priori* è dato dalla presenza, nell'infante, di un'identità bisessuale, sia dal punto di vista organico, sia dal punto di vista psicologico¹³³. Money ed Hampson¹³⁴ hanno studiato due gemelli ermafroditi, geneticamente ed endocrinologicamente femmine anche al livello dell'apparato anatomico interno, ma con organi genitali maschili esterni, trattati dalla nascita l'uno come maschio e l'altro come femmina. I gemelli svilupparono a cinque anni un'identità sessuale congruente con le attribuzioni di genere ricevute dai genitori.

La sola biologia non riesce a fornire le basi per l'identità di genere: le sue basi sono già evidenziabili nei primi tre anni di vita, prima dell'età classicamente centrata intorno al complesso edipico, e lo sviluppo sessuale si protrae anche dopo la fine della pubertà. Intorno all'*identità nucleare di genere* si conglomerano progressivamente la femminilità e la mascolinità identitaria e comportamentale. Tale identità nucleare di genere comincia a formarsi all'interno della relazione narcisistica, quando non ci sono ancora relazioni oggettuali stabili, né li-

¹³¹ Ricordiamo che maschi e femmine della specie umana non hanno solo qualche gene di differenza l'uno dall'altro, ma un intero cromosoma diverso. Le femmine hanno infatti un assetto di 46 cromosomi tra cui due cromosomi sessuali XX, mentre i maschi hanno lo stesso numero di cromosomi ma i due sessuali sono XY.

¹³² Stoller R.J. (1968), *Sex and Gender*, Science House, New York.

¹³³ Freud, S. (1905) Tre saggi sulla teoria sessuale. OSF, vol. 4. Freud definiva l'atteggiamento in tema di bisessualità e tendenze sessuali che ha il bambino molto piccolo definendolo “*perverso polimorfo*”.

¹³⁴ Money, J., Hampson, J.G., Hampson, J.L. (1957) Imprinting and establishment of gender role. *A.M.A., Arch.Neur. and Psych.*, 77.

miti tra Sé e non Sé. Le varie componenti, che interagendo tra loro, costituiscono il nucleo dell'identità di genere, derivano dall'organizzazione del cervello in via di sviluppo nello stadio fetale, in cui predomina, nel contesto somatico, il sesso caratterizzato femminilmente, che è il sesso base nei mammiferi. Infine, nel caso dei maschi, la mascolinità, legata al cromosoma Y, si sviluppa con l'apporto ormonale degli androgeni fetali. Se questi ultimi, nei periodi critici dello sviluppo fetale, sono assenti, non si svilupperanno l'anatomia e/o il comportamento maschili e si determinerà una struttura pseudo-femminile: da qui l'ipotesi di Stoller¹³⁵ di una femminilità primaria anche nel versante psichico. Un'enorme importanza ha poi l'attribuzione del sesso che viene data alla nascita: se, infatti, un neonato geneticamente femmina, ma affetto da sindrome adreno-genitale, svilupperà genitali esterni maschili, le sarà attribuito il genere maschile, come maschile diverrà la sua identità nucleare.

Un'altra componente essenziale per la costituzione dell'identità nucleare, è la pressione suggestiva, esercitata dai genitori, soprattutto dalla madre, in direzione di comportamenti culturalmente congruenti col sesso assegnato al bambino (nome, colore dei vestiti, espressioni verbali con cui ci si rivolge al bambino), cui si aggiungono gli effetti postnatali precoci derivanti dai modi abituali di trattare il bambino, che ne risulterà tanto più involontariamente condizionato quanto più vivrà un'esperienza simbiotica intima ed intensa con la madre. Questo per quanto riguarda l'attribuzione dell'*identità di genere dall'esterno*. Vi è poi l'attribuzione di *identità dall'interno*. Da un punto soggettivo, il livello dello sviluppo del Sé corporeo, riguarda invece le qualità e quantità di sensazioni corporee diffuse e localizzate ai genitali che si integrano progressivamente per delineare lo *schema corporeo*. Esso include, ovviamente, anche la percezione della presenza dei genitali, una percezione che permette al bambino un'ulteriore definizione delle proprie caratteristiche di genere. Queste confermano (o contraddicono) l'attribuzione originaria, genetica, familiare o medica che sia. In ultimo, attraverso lo sviluppo psichico, avviene l'integrazione (la mentalizzazione) di tutte le componenti suddette, attraverso i meccanismi di identificazione e introiezione descritti altrove in questo testo, con l'apporto delle fantasie del bambino, per creare e consolidare un senso di unità del Sé, con una specifica identità di genere.

Le identificazioni primordiali con la madre simbiotica implicano l'assunzione di aspetti femminili per entrambi i sessi, considerando che entrambi, hanno la madre come prima figura significativa. Bick¹³⁶ e Meltzer¹³⁷ definiscono queste, *identificazioni adesive*, a causa dello stato di indifferenziazione che il bambino

¹³⁵ Stoller, R.J. (1968), *Sex and Gender*. Science House, New York.

¹³⁶ Bick E. (1968) The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49.

¹³⁷ Meltzer D. e al. (1975) *Esplosioni sull'autismo*. Torino, Boringhieri, 1977.

vive con la madre, in quel momento (giacché l'identificazione in senso stretto, prevede la già avvenuta differenziazione tra il Sé e il non Sé). La costituzione dell'identità di genere implica la *dis-identificazione* dalla madre simbiotica, un'operazione che è accompagnata da un'ansia di separazione che si esprime nella paura di non poter sopravvivere al distacco dalla madre. Il maschio, oltre a distaccarsi sul piano dell'identità soggettiva, deve anche farlo sotto l'aspetto dell'identità di genere, per poi poter giungere alla scelta oggettuale consona col proprio sesso anatomico. Il maschio deve, infatti, mutare la sua primitiva identità femminile (e le sue identificazioni femminee con la madre); mentre la femmina conserva quella originaria (femminilità primaria delle bambine) e deve solo mutare il suo oggetto. Lo sviluppo della femminilità si svolgerebbe dunque in due fasi: (a) quella dell'identità nucleare fondamentale (femminilità primaria) organizzata sulle identificazioni, sulle imitazioni, gli apprendimenti, gli incoraggiamenti provenienti dalla madre in simbiosi con il bambino o la bambina; (b) quella (in accordo con la psicoanalisi classica) risultante dai conflitti edipici (femminilità secondaria), responsabili anche del desiderio di maternità e di assunzione del ruolo di moglie o *partner*, nella donna. Il ruolo fondamentale svolto dalla situazione edipica nell'organizzazione della vita mentale (nello sviluppo del simbolismo e delle fantasie, reattive ai conflitti e agli ostacoli della situazione padre-madre-figlia/o) permane, ma va ritenuto un processo secondario, conseguente allo sviluppo psichico, organico, somatico e cerebrale che portano all'identità nucleare di base.

L'orientamento sessuale negli esseri umani non è quindi determinato secondo un modello monofattoriale. I fattori genetici e costituzionali che determinano la mascolinizzazione del cervello sembrano, infatti, influenzare molto di più l'identità di genere (a quale sesso ci si sente di appartenere) che l'orientamento sessuale (da quale sesso ci si sente attratti). In questo senso, la genetica sembra condizionare di più il fatto di *sentirsi* maschio, oppure femmina, dell'omosessualità, ad esempio, dove, indipendentemente dalla propria attribuzione di genere, avrebbero maggiore peso le precoci esperienze infantili di identificazione (e di controidentificazione) con le persone significative del proprio e del sesso opposto (quindi dalla conflittualità preedipica ed edipica). Gli effetti delle esperienze psicologiche, dati quindi dall'ambiente, amplificano le differenze geneticamente predeterminate tra i maschi e le femmine e legate al patrimonio cromosomico. Poiché in genere tali differenze genetiche sono di piccola entità dal punto di vista anatomico-funzionale (almeno nel bambino piccolo) assistiamo a un vero e proprio effetto moltiplicatore, sull'identità di genere, indotto nel bambino dalle aspettative degli adulti. È stato, ad esempio, osservato che, in situazioni collettive di accudimento dei bambini, come avviene negli asili, nelle scuole materne o negli ospedali infantili, chi accudisce bambini tende a *parlare* di più con i bambini piccoli vestiti con un pigiama rosa (anche se non sa con certezza se sono maschi o femmine), mentre tende a

interagire in modo più “corporeo”, attraverso un contatto meno “morbido” con bambini, solo perché vestiti in azzurro (chi li accudiva non conosceva il sesso effettivo dei bimbi, e lo inferivano solo dall’abito)¹³⁸.

Esistono anche dei sorprendenti effetti dell’interazione tra genetica ambiente nel mondo animale. Gli animali sperimentali più studiati al mondo, cioè i ratti, hanno un’abitudine particolare: le mamme ratte leccano l’area ano-genitale dei loro cuccioli maschi, ma non di quelli femmina. Tale comportamento è direttamente stimolato nelle mamme ratte dagli ormoni maschili, quali il testosterone, secreto dalla zona anale nei cuccioli maschi di ratto, evidentemente perché le mamme ratte trovano quest’odore invitante. Questo comportamento materno appare favorire, attraverso un sistema neuro-ormonale a cascata, che si riverbera anche nell’espressione genica di zone dell’ipotalamo, nel cervello, il comportamento tipicamente maschile nei cuccioli (maschi) di ratto stimolati. Introducendo sperimentalmente la stessa sostanza nei cuccioli femmina, le ratte madri incominciano a leccare l’area anogenitale delle femmine. Il fatto sorprendente è che successivamente questi cuccioli di femmina così stimolati da questo comportamento materno sviluppano, attraverso lo stesso sistema a cascata di stimolazione dato dall’esperienza (non dall’ormone), una aumentata dimensione del nucleo ipotalamico di controllo del comportamento sessuale. Queste femmine sviluppano una aumentata dimensione di questo nucleo cerebrale di controllo del comportamento maschile e di conseguenza un comportamento consona, assumendo, ad esempio, la tipica postura di monta rispetto ad altre femmine. È possibile anche inibire questo comportamento nei cuccioli di maschi, impedendo (ad esempio, riducendo la produzione odorosa nel cucciolo maschio) la stimolazione anale da parte della madre: la conformazione cerebrale del maschio “senza odore” e non stimolato, diventa tipicamente femminile, e il suo comportamento sessuale porta all’assunzione di tipici atteggiamenti proiettivi di tipo femminile (esposizione passiva alla monta). Nell’uomo ovviamente è impossibile manipolare queste variabili sessuali allo stesso modo, per ovvii motivi etico-morali. Ma esistono rari casi che portano alla conclusione che anche il nostro cervello (e la nostra organizzazione mentale intorno all’identità di genere) si organizzano secondo modalità analoghe a quanto descritto finora. In una famiglia della Repubblica Domenicana, vi sono dei maschi con un preciso corredo cromosomico XY che sviluppano un disturbo (rarissimo altrove) dove questi “maschi genetici” sviluppano dei corpi da bambina, nonostante il “cervello maschile”. Dopo la pubertà, tuttavia, i loro corpi incominciano tardivamente a sviluppare i caratteri sessuali maschili, sia primari (genitali esterni), sia secondari (peli, voce grave, non si sviluppano i seni, costituzione somatica androide, etc.). Fino a quel momento, questi soggetti presentavano esterna-

¹³⁸ Rogers, L. (1999) *Sexing the brain*. New York: Columbia University Press.

mente delle caratteristiche di tipo femminile, e sono state allevate dai loro familiari come femmine, arrivando come ragazze alla pubertà, per poi vedersi sviluppare sorprendentemente tutti i caratteri maschili. Per quanto è stato studiato finora in queste famiglie, queste “ragazze” che hanno avuto un problema di *mis-identificazione* di genere, e sono state misconosciute in quanto sono effettivamente “ragazzi”, di fatto vivono (non è dato sapere quanto serenamente) la loro condizione maschile dopo la pubertà.

Le influenze genetiche e ambientali sono quindi assolutamente inestricabili. Il cervello e l'apparato psichico sono costituiti da sistemi complessi in interazione tra loro: lo sviluppo della mente deriva dalle interazioni fra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. Il genotipo è suscettibile di molteplici manipolazioni da parte del contesto ambientale specifico, e questa combinazione, a sua volta, conforma il fenotipo (l'espressione manifesta di noi stessi). Di fatto, la natura e l'ambiente sono fattori che si integrano, in modo dinamico, sin dai primi momenti dello sviluppo umano.

IL PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE E SEPARAZIONE

Il bambino, fin dai primi giorni di vita, si trova a crescere in un terreno già da tempo preparato sia dal punto delle aspettative cosce dei genitori, e delle loro fantasie inconsce (che spesso attraversano le generazioni), sia dal punto di vista dell'eredità genetica. Il modello teorico di Margaret Mahler¹³⁹ sullo sviluppo infantile prevede una progressiva conquista dell'individualità personale del bambino, partendo dalla realtà prenatale indifferenziata (fisica e psichica). L'autrice include la nascita e la crescita psicologica dell'individuo nel processo di “individuazione-separazione”, processo in cui si instaura il senso di *separatezza* da – e di rapporto con – un mondo che riguarda inizialmente il proprio corpo e, successivamente, il principale rappresentante del mondo con cui il bambino condivide l'esperienza: la madre, l'*oggetto primario* di amore. Come ogni processo intrapsichico, anche il destino dei processi precoci di separazione e individuazione si ripercuote lungo tutto il ciclo vitale e, in sostanza, non ha una fine pre-determinata: le principali conquiste del processo tuttavia avvengono nel periodo che va dal 4°-5° mese circa al 30-36° mese, periodo che chiameremo “fase di separazione-individuazione”.

Lo sviluppo dell'identità è contraddistinto, secondo la Mahler, da una progressiva differenziazione nelle relazioni con l'oggetto (*separazione*) e da una

¹³⁹ Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975) *La nascita psicologica del bambino*. Boringhieri, Torino, 1978.

graduale integrazione nel Sé, delle proprie sensazioni corporee, delle rappresentazioni mentali e del senso d'interno e d'esterno (*individuazione*). Il processo di separazione-individuazione, attraverso cui il bambino, dalla nascita alla risoluzione del complesso edipico, distanzia il proprio Sé da quello della madre, è quindi fondamentale per lo sviluppo ed il mantenimento dell'identità.

Per spiegare questo percorso la Mahler individua diverse fasi, attraverso le quali il bambino raggiunge la costanza dell'oggetto, che gli permetterà di acquisire gradualmente la consapevolezza della propria separatezza intrapsichica e della propria autonomia. Queste fasi sono: (1) la fase *autistica normale*, (2) la fase *simbiotica*, e (3) la fase di *separazione-individuazione*. Il bambino arriva alla formazione di un concetto stabile, sia di se stesso che dell'altro, grazie alla maturazione delle funzioni dell'Io ed alle relazioni oggettuali primarie.

Durante la prima fase dello sviluppo, che la Mahler chiama (1) *fase autistica normale* e che dura fino alla quarta-quinta settimana di vita¹⁴⁰, psicologicamente il bambino è come se fosse ancora nell'utero, senza differenziazione dalla madre. Lo stato primario di investimento libidico indifferenziato, che caratterizza la vita intrauterina, continua nelle prime settimane di vita. In questa fase, sono ancora abbozzate le forme di investimento negli stimoli esterni, e i processi fisiologici prevalgono su quelli psicologici. Per descrivere questa fase, la Mahler cita Freud che nel 1911 portava come esempio di un sistema psichico isolato dagli stimoli del mondo esterno, quello di un embrione di uccello rinchiuso nel guscio dell'uovo con la sua provvista di alimento, per il quale le cure materne si limitavano alla produzione di calore. L'autrice sottolinea, in questa fase, la scarsità innata di risposta del neonato agli stimoli esterni, anche se oggi diversi studi danno prova di un neonato molto competente. La Mahler infatti sosteneva l'esistenza alla nascita di una fase di *narcisismo primario* profondo, dove la confusione di aspetti percettivi del Sé e dell'oggetto sarebbe totale. Questo stato del neonato potrebbe essere tradotto a parole: "Tutto il mondo è me, e io sono tutto!", un'espressione che esprime il vissuto *normale* di onnipotenza narcisistica dei primi mesi di vita del bambino. Fin dalla nascita, tuttavia, il neonato non è passivo e, per mezzo dei suoi segnali comunicativi di base (come il pianto e il sorriso), è in grado di interessare le persone vicine, contribuendo a modulare la quantità (e il tipo) di stimolazione a cui è esposto. Mentre ai tempi di Freud, e poi di Piaget, si pensava che un neonato non potesse avere percezioni dell'oggetto nei primi mesi di vita, oggi sappiamo che il neonato ha alte capacità di riconoscimento precoce del mondo che lo circonda, e dobbiamo concludere che la mente infantile è in grado, sin da subito, di elaborare alcuni dati per-

¹⁴⁰ La tempistica di queste fasi, in verità, è estremamente variabile, e i tempi riportati sono puramente orientativi, senza contare che essi possono variare grandemente in caso di alterazioni temperamentali, o interferenze con lo sviluppo infantile.

cettivi (ad esempio la forma, l'odore, il sapore...), attribuendone inoltre molto presto delle qualità di base (piacevole, o spiacevole).

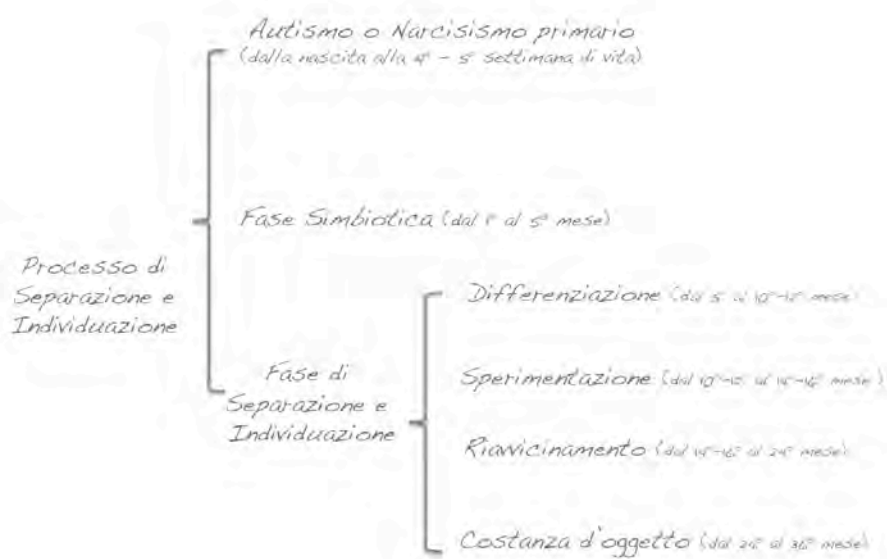


Figura 10: Le fasi del processo di individuazione e separazione

La fase autistica normale, progressivamente, lascia lo spazio, dal secondo mese in poi, alla (2) *fase simbiotica*, in cui, dopo aver fatto una iniziale esperienza dell'esistenza di propri confini corporei, il neonato comincia ad avvertire la presenza di qualcosa, la madre, al di fuori di questi confini, che permangono tuttavia labili. Il bambino, nella visione della Mahler, proverebbe, a questo punto, la sensazione di essere "due in uno", come se lui e la madre fossero una "unità duale racchiusa dentro lo stesso confine". Questo stato mentale viene definito "fusione", che ha qualche analogia con quella che viene denominata come *sensazione oceanica*. Potremmo concepire questa fase di passaggio come se la madre, e la sua corrispondente rappresentazione interna, fosse, per il bambino, quella che potremmo chiamare un'espansione funzionale del bambino, atta a soddisfarlo in ogni momento di bisogno. Gli affetti non si sono ancora riversati nel mondo degli oggetti. Potremmo immaginare che, se potesse esprimersi verbalmente, il bambino direbbe: "Sì, va bene, forse io non sono tutto, né tutto è me

ma, se esisti, tu sei solo per me!”¹⁴¹. Comincia quindi a incrinarsi “il guscio autistico” che mantiene lontani gli stimoli esterni. Con il termine *simbiosi* si intende quello stato di indifferenziazione, di fusione con la madre, in cui il Sé non è ancora differenziato dal “non Sé” e in cui l’interno e l’esterno cominciano lentamente ad essere avvertiti come diversi. Secondo la Mahler¹⁴² (1961), mentre il neonato si sente fuso con la madre sente ancora di formare con lei un “sistema onnipotente”.

Nella fase simbiotica si cominciano a formare delle “isole di memoria”, i confini del sé incominciano a confluire tra loro, ma non c’è ancora una differenziazione tra l’interno e l’esterno, tra il Sé e l’altro da Sé. Diventa, parallelamente, sempre più apprezzabile la quota di investimenti del bambino nel mondo esterno, nella madre, ma ancora indistintamente, come un’unità duale. L’investimento materno è la conquista principale di questa fase ma la madre è ancora un “oggetto parziale”. Verso l’ultima parte dello stadio simbiotico, il narcisismo primario si riduce, trasformandosi gradualmente in *narcisismo secondario*. Solo quando il corpo della madre diventa oggetto del narcisismo secondario del bambino, attraverso cure materne affettuose, allora l’oggetto esterno diventa adatto per l’*identificazione*.

Queste prime fasi descritte sono i precursori del processo di separazione-individuazione, che rappresenta la vera *nascita psicologica del bambino*, portandolo a maturare le proprie caratteristiche individuali. Quanto prima il bambino diventa consapevole del suo mondo psicologico, superando la fase simbiotica, tanto più forte sarà il timore di perdere il primo oggetto simbiotico. In questo caso può apparire precocemente il sorriso selettivo, e l’angoscia dell’estraneo, che indicano la costituzione iniziale di un legame specifico.

Durante la (3) *fase di separazione-individuazione vera e propria* (dal 6° mese al 2°-3° anno), il bambino attraversa conflitti evolutivi che, individualmente, possono variare ma che caratterizzano questo periodo. A circa quattro-cinque mesi, al culmine della simbiosi, alcuni fenomeni comportamentali sembrano indicare l’inizio della (a) *differenziazione*, la prima sottofase della separazione-individuazione. L’attenzione del bambino, che durante i primi mesi della simbiosi era in gran parte diretta all’interno, si trasforma gradualmente in attività percettiva rivolta verso l’esterno, almeno durante i periodi, sempre più lunghi, di veglia. Si tratta di una separazione più quantitativa che qualitativa poiché, durante lo stadio simbiotico, il bambino è molto attento alla figura materna, ma gradualmente quell’attenzione si integra con una memorizzazione crescente della com-

¹⁴¹ Similmente, Winnicott sosteneva che il corpo materno viene concepito dal neonato come proprio: la visione del seno, egli sosteneva, per il neonato equivale a: “Io sono il seno”.

¹⁴² Mahler M. (1961) On sadness and grief in infancy and childhood: loss and restoration of the symbiotic love object. *Psychoanalytic Studies of the Child*, 16:332-351.

parsa e scomparsa della madre, e alla classificazione qualitativa in esperienze “buone” e “cattive”.

A circa sei mesi iniziano i primi tentativi di sperimentare la separazione. Lo si può notare in quel comportamento del bambino che tira i capelli, le orecchie o il naso della mamma, le mette il cibo in bocca o si sforza di allontanare il proprio corpo dalla madre per poterla guardare meglio ed esplorare anche l'ambiente circostante. Il bambino inizia a distinguere il proprio corpo da quello della madre.

Riportiamo un esempio da un'osservazione di una bambina:

La mamma prende in braccio Bianca (6 mesi) e le offre il seno, il corpicino semidisteso a contatto con il suo ventre. Bianca un po' si attacca, ciuccia facendo un forte rumore, poi si allontana spingendo via la mamma premendo con la manina sul suo seno, guarda indietro spostando tutta la testa, poi si attacca di nuovo, ciuccia un po', guarda la mamma e subito dopo si allontana ancora e guarda in alto, con espressione incuriosita, gira la testa indietro, sente il cinguettio di due uccellini che volano non distanti e alza lo sguardo come per cercarli, sorride e poi ride. Si riattacca al capezzolo guardando negli occhi la mamma, ciuccia pochi istanti rumorosamente e poi molla la presa guardando ancora in direzione degli uccellini.

Nella sottofase della differenziazione, mentre il bambino incomincia a fare esperienza del proprio corpo come separato da quello della madre, le attività esplorative compiute sul suo corpo completano anche la differenziazione della propria immagine corporea, come distinta da quella della madre. La crescente conoscenza del proprio corpo rende possibile mantenere elementi di continuità con la madre ma, al contempo, l'incipiente capacità identificatoria con la madre comporta che, con lo stesso gesto (ad esempio, mettersi il dito in bocca, che dà al bambino sia la sensazione di essere contenuto, ma anche quella di contenere), il bambino se ne differenzia e, contemporaneamente, rimanga aderente a lei. Per fare un altro esempio, il gioco del cucù (“ti vedo / non ti vedo”) permette, allo stesso modo, di trovare la madre e di essere trovato da lei, amplificando la differenziazione del proprio Sé corporeo.

Il periodo tra i sei e i sette mesi corrisponde all'apice dell'esplorazione (manuale, tattile e visiva) del corpo materno: il bambino scopre affascinato una spilla, una cinghietta, un paio di occhiali. Come Greenacre¹⁴³ afferma: *“La vista... è un attributo indispensabile per stabilire l'integrazione della superficie corporea e per favorire la consapevolezza della delimitazione del Sé dal non-Sé. Il toccare e l'afferrare con lo sguardo le varie parti del corpo facilita la rappresentazione della globalità del corpo in un'immagine principale, che va oltre la semplice consapevolezza sensoriale*

¹⁴³ Greenacre P. (1960) *Considerazioni riguardanti il rapporto genitore-bambino*. Martinelli, Firenze, 1979.

immediata". Durante la prima sottofase della separazione-individuazione, il bambino cerca di compiere i primi passi verso lo sganciamento, in senso corporeo, dalla completa passività dello stare in braccio, dall'unità duale con la madre. Raggiunta la capacità motoria, il bambino vuole scendere dal grembo materno ma tende a restare e a giocare il più vicino possibile ai piedi della madre.

Dai sette agli otto mesi, il modello del "controllo visivo ripetuto della madre" rappresenta il modello più importante dello sviluppo cognitivo ed emotivo normale: il bambino è sempre più interessato alla madre e sembra paragonarla con tutto il resto, il familiare con il non-familiare, in ogni sua singola parte. Il bambino acquisendo una maggiore familiarità con ciò che è la madre, con ciò che dà la sensazione "madre", che ha il suo sapore, il suo odore, ciò che le assomiglia e ha il "suono" della madre, acquisisce al contempo anche una percezione differenziata di sé.

Con lo sviluppo della deambulazione, vicino alla tendenza al distacco dalla madre, nella sottofase successiva al primo anno di vita, chiamata di (b) *sperimentazione*, vi è una moltiplicazione di questi confronti e differenziazioni. Durante il terzo anno di vita, invece, nella cosiddetta (c) *sottofase di riavvicinamento*, il bambino è combattuto tra il desiderio ed il distacco dalla madre. In tale situazione conflittuale, che vede la compresenza degli impulsi libidici della fase anale, della scoperta dei genitali dell'altro sesso e per la ambivalenza nei confronti della madre, si viene a consolidare l'identità sessuale ed individuale, anche se rimane permeata da ansie pre-edipiche. In questa prospettiva, le rappresentazioni del Sé, specie in rapporto all'identità sessuale dipenderebbe dall'esito di questi processi di identificazione e dall'introiezione dei genitori, costantemente intrecciati ai fattori biologici. La conflittualità di questi vissuti si manifesta, poi, nel periodo edipico, ma dipende dall'esito della crisi di riavvicinamento e dalle esperienze di confronto con gli altri che avvengono in questa sottofase. Alla fine del primo e nei primi mesi del secondo anno del bambino, si incomincia a intravedere, nel percorso intrapsichico di separazione-individuazione, la linea di demarcazione tra i due processi finora intrecciati: il percorso dell'*individuazione* porta all'evoluzione dell'autonomia intrapsichica, alla percezione, al pensiero e all'esame di realtà; il percorso evolutivo intrapsichico della *separazione* comprende la differenziazione, l'allontanamento e lo svincolamento dalla madre, la formazione di confini personali. Tutti questi processi strutturano un Sé distinto dalle rappresentazioni oggettuali interne: un Sé individuato e separato.

Il periodo di sperimentazione si sovrappone alla sottofase della differenziazione. Durante la *fase di sperimentazione* precoce il bambino per la prima volta può allontanarsi fisicamente dalla madre, ma ancora con la richiesta di un appoggio. Tale espressione comportamentale riflette la separatezza psicologica e la sperimentazione vera e propria inizia dalla deambulazione eretta. La Mahler individua tre linee di sviluppo integrate tra loro che contribuiscono ai primi passi del bambino verso la consapevolezza di essere separato e verso

l'individuazione: la differenziazione corporea dalla madre, l'instaurarsi di un legame specifico con la madre e lo sviluppo di funzioni autonome dell'Io in stretta prossimità della madre. Con lo sviluppo della deambulazione, il bambino assume un ruolo più attivo nel graduare la distanza dalla madre, si allontana sempre di più da lei per poi ritornarvi periodicamente quasi fosse un "punto di riferimento" per appagare il bisogno di rifornimento affettivo attraverso il contatto fisico – per poi riprendere subito dopo l'esplorazione assorbito dal piacere della propria attività.

Anche qui un esempio da un'osservazione evidenzia come questo progredire della condizione di separatezza nel bambino, richieda dei rifornimenti ben cadenzati da parte della madre, che funge da "base di sicurezza":

La mamma si siede sul divano e mette Bianca (11 mesi) seduta a terra. Le accende una lavagna musicale che si illumina di mille colori. La bambina guarda distrattamente la lavagna e subito si muove gattonando verso il corridoio che porta alle camere, poi si volta verso la mamma e sorride, la mamma ricambia il sorriso chiedendole: "Dove vai?" La bambina torna a guardare verso il corridoio, procede ancora un po' in quella direzione, poi si ferma, si gira, sorride ancora alla mamma e la raggiunge gattonando velocemente. La mamma la prende in braccio. Bianca la guarda, le tocca i capelli e le tira un ciuffo.

I primi passi indipendenti del bambino in posizione eretta segnano l'inizio del periodo della sperimentazione per eccellenza, e portano a un ampliamento considerevole del suo mondo, e dell'esame di realtà. La caratteristica principale di questo periodo di sperimentazione è il grande investimento del bambino nelle sue funzioni, nel suo corpo e negli "oggetti" della sua realtà. Il bambino che si separa e si individua trova nello sviluppo delle funzioni dell'Io una *consolazione narcisistica* di fronte alla minaccia di perdita dell'oggetto che puntualmente si ripresenta a ogni nuovo stadio dello sviluppo. Egli si concentra sulla sperimentazione e sulla padronanza delle proprie capacità autonome e indipendenti.

Verso la fine del periodo di sperimentazione e durante (d) la sottofase di *riavvicinamento*, il bambino si impossessa del proprio corpo, proteggendolo dalle manipolazioni materne, che lo rendono passivo (ad esempio, il bambino si oppone alla posizione sdraiata). Ecco emergere il conflitto: da un lato ha la sensazione di essere indifeso perché consapevole di essere separato, dall'altra emerge la difesa ostinata del processo vitale in corso e dell'autonomia nascente. In questa lotta per l'individuazione, il bambino cerca di alimentare il senso di Sé, per cercare di ritrovare l'illusione, perduta per sempre, dell'onnipotenza del periodo di sperimentazione, e di gestire i sentimenti che conseguono questa perdita (principalmente di rabbia, paura e impotenza). Questo è il momento in cui il bambino si confronta con un'immagine più integrata del proprio Sé. Nella fase di riavvicinamento (15-24 mesi) il bambino, grazie allo sviluppo cognitivo, percepisce maggiormente di essere separato, e si scorge un bisogno maggiore di condividere con la madre ogni nuova capacità e esperienza. In questo il bam-

bino dimostra sempre più la paura di perdere *l'amore (dell'oggetto*, visto che, a questo punto, è diventato costante) invece della paura di perdere *l'oggetto (d'amore)*. Il bambino segue la madre "come un'ombra" e se ne allontana all'improvviso, aspettandosi di essere rincorso e ripreso tra le braccia. Questi due atteggiamenti indicano il suo desiderio di riunione con l'oggetto d'amore ma, anche il timore di fondersi di nuovo con lei, mettendo a repentaglio tutte le esperienze di individuazione duramente conquistate. Si può osservare un modello perdurante di difesa del bambino rispetto della sua autonomia acquisita.

Nel passaggio tra i 12-15 ai 24 mesi, il bambino effettua una svolta importantissima dal punto di vista emotivo: comincia a fare esperienza degli ostacoli che incontra nella "conquista del mondo". La disponibilità emotiva della madre (per quanto inevitabilmente discontinua) costituisce l'elemento essenziale perché l'Io autonomo del bambino raggiunga una capacità funzionale ottimale, quando il bambino, crescendo, messo sempre più a confronto con le percezioni che gli giungono dalla realtà esterna, si trova costretto a rinunciare alla propria onnipotenza magica infantile. Se la madre è disposta a rifornirlo narcisisticamente, ovvero se partecipa alle imprese avventurose del figlio in un rapporto di gioco reciproco, facilitandone i sani tentativi di imitazione e di identificazione, se accoglie con tolleranza le incursioni delle persistenti pretese magiche e di predominio, e persino le espressioni più ostili e aggressive, il bambino imparerà a non averne così paura, a non sentirsi solo nell'affrontarne le conseguenze. Tramite questo rapporto, l'interiorizzazione di questo atteggiamento materno tollerante porterà l'assimilazione e la strutturazione di un atteggiamento analogo nel figlio (in un processo che porterà appunto alla strutturazione degli introietti, del Super-io e del Sé ideale), e lo sviluppo potrà procedere. Nella sottofase di riavvicinamento convergono angosce crescenti che potranno permanere fino al secondo anno di vita: il timore di perdere l'oggetto d'amore prima, e l'amore dell'oggetto poi, un timore che viene in parte ridotto dalla consolidamento dei propri confini, quindi dalla coesione del Sé e dalla costanza dell'oggetto.

Le forze e le tensioni maturative del bambino solitamente gli permettono di risolvere i conflitti e di acquisire livelli più complessi e più ampi nella relazione oggettuale e nel funzionamento dell'Io, anche se possono manifestarsi dei sintomi nevrotici transitori (la balbuzie del bambino piccolo ne è un esempio). A volte però, nella fase del riavvicinamento dove è più facile che si verifichino fissazioni, può aumentare l'ambivalenza del bambino fino a portare possibili evoluzioni regressive, a scissioni del Sé o a consolidamenti dei sintomi. Con la sostituzione dell'intelligenza sensomotoria con quella rappresentativa, il bambino incomincia ad avere delle preconcezioni di essere veramente piccolo e indifeso. Ciò lo rende vulnerabile di fronte a ciò che accade nel mondo: ad esempio all'assenza dei genitori, a una malattia, alla nascita di un fratellino. Un'adeguata separazione e individuazione sono basilari per la formazione dell'identità personale, che comprende anche l'identità sessuale, quale frutto dell'integra-

zione delle fasi pregenitali, del superamento della bisessualità e dell'identificazione col genitore dello stesso sesso.

La quarta sottofase del processo di separazione-individuazione (3° anno di vita) è detta del *consolidamento dell'individualità e della costanza dell'oggetto emotivo*. Per quanto riguarda il Sé del bambino, si può notare una strutturazione più organizzata dell'Io, emergono segni dell'interiorizzazione delle richieste parentali che indicano la formazione dei precursori del Super-io. Il conseguimento della costanza dell'oggetto emotivo dipende dall'interiorizzazione graduale dell'immagine interna, costante e investita positivamente, della madre. Questo permette al bambino di funzionare separatamente nonostante un livello moderato di tensione e di disagio. La costanza dell'oggetto dipende dalla conquista emotiva della permanenza degli oggetti interni. Questa fase rappresenta un periodo di sviluppo intrapsichico estremamente importante, nel corso del quale viene raggiunto nel bambino un senso stabile di entità a se stante (il Sé), con un consolidamento dell'identità sessuale. La costanza dell'oggetto implica anche una sempre più integrata percezione dell'oggetto, e la fusione delle pulsioni aggressive con quelle libidiche. L'acquisizione della costanza oggettuale è un processo complesso, determinato da molti fattori, che coinvolge tutti gli aspetti dello sviluppo psichico. Tra le determinanti prioritarie possiamo trovare il senso di fiducia e sicurezza dovuto al ripetersi regolare delle gratificazioni dal bisogno. Nel corso delle sottofasi del processo di separazione-individuazione, questo sollievo dalla tensione viene gradualmente attribuito all'oggetto che soddisfa il bisogno (la madre) e viene quindi trasferito attraverso l'interiorizzazione alla rappresentazione intrapsichica della madre. La costanza dell'oggetto avviene anche grazie all'acquisizione cognitiva della rappresentazione simbolica interna della madre, quale *oggetto permanente* (nel senso di Piaget¹⁴⁴). Solo dopo lo stabilizzarsi della costanza oggettuale (con il terzo anno), la madre può essere sostituita dalla presenza di un'immagine interna sicura che rimanga relativamente stabile indipendentemente dallo stato di bisogno istintuale e di disagio interno. Così la separazione temporanea può essere tollerata meglio, grazie alla *rievozione* della madre. Lo stabilirsi della permanenza oggettuale e della "rappresentazione mentale" dell'oggetto sono prerequisiti necessari per lo stabilirsi della costanza dell'oggetto. In questa quarta sottofase comincia a svilupparsi il senso del tempo e delle relazioni spaziali e di conseguenza una maggiore capacità di tollerare il differimento della gratificazione e di sopportare la separazione. Compare una certa oppositività del bambino, funzionale allo sviluppo del senso di identità; i primi e importanti "no" del bambino ribadiscono proprio questo: "io non sono te".

¹⁴⁴ Piaget, J. (1937) *The construction of reality in the child*. Basic Books, New York.

Nella seconda metà del terzo anno persiste l'investimento libidico anche in assenza di una gratificazione immediata, garantendo l'equilibrio emotivo del bambino durante l'assenza temporanea della madre. La Mahler vede il processo di separazione-individuazione come un graduale distanziamento dalla madre, attraverso cui la transizione dalla dipendenza al funzionamento autonomo continua poi per tutto il ciclo di vita come un processo di allontanamento dall'introietto della madre simbiotica che è andata perduta.

Separazione e individuazione rappresentano quindi due sviluppi complementari ma non del tutto coincidenti: la separazione consiste nella conquista intrapsichica da parte del bambino di un senso di separatezza dalla madre e conseguentemente dal mondo esterno; l'individuazione consiste in quelle esperienze di conquista da parte del bambino delle proprie caratteristiche individuali. Questi processi evolutivi sono intrecciati: possono procedere in modo divergente, in modo armonico o con un ritardo o un acceleramento dello sviluppo di un processo rispetto all'altro. Così uno sviluppo locomotorio prematuro, che renda il bambino capace di separarsi fisicamente dalla madre, può portare alla esperienza prematura di essere separato, senza che i meccanismi regolatori interni, alla base dell'individuazione, forniscano i mezzi per far fronte a tale esperienza. Al contrario, una madre ansiosa, pur stimolando le tendenze innate del bambino verso un precoce utilizzo delle funzioni individuanti, quali quelle cognitive e percettive, può ritardare lo sviluppo nel bambino dell'esperienza di separatezza.

Con il termine "identità", quindi in questa accezione, indichiamo la consapevolezza primigenia di un senso di "essere", che include in parte un investimento affettivo nel proprio corpo. Non si tratta ancora, per il bambino, di sentire "chi esattamente è" ma "che è, che esiste", ed è proprio questo il primo passo verso lo sviluppo dell'individualità.

LO SVILUPPO COGNITIVO SECONDO PIAGET: UNA RIVISITAZIONE PSICOANALITICA

Jean Piaget (1896-1980) è stato un eminente psicologo e pedagogista svizzero che si è occupato dello sviluppo cognitivo del bambino. Egli ha analizzato i processi di pensiero sottostanti il comportamento infantile, con l'obiettivo di evidenziare l'avvicendamento di diverse organizzazioni funzionali che si presentano in precisi periodi (*stadi*). In un articolo del 1975, i Sandler¹⁴⁵ rivisitano il pensiero di Piaget relativo allo sviluppo cognitivo sottolineandone l'importanza per la psicoanalisi. Come le fasi dello sviluppo sessuale infantile delineate da Freud, o quelle della Mahler, secondo Piaget, ogni organizzazione mentale

¹⁴⁵ Sandler, A.M. (1975) Comments on the significance of Piaget's work for psychoanalysis. *Int. R. Psycho-Anal.*, 2:365-377.

ingloba anche quelle precedenti, incorporando le proprie componenti adattative e funzionali nelle strutture più recenti ed evolute. Il processo evolutivo continua fino alla formazione delle strutture logiche che permettono una conoscenza coerente degli oggetti e degli eventi. L'intelligenza che descrive Piaget riguarda, in particolare, la comprensione da parte del bambino, del *mondo esterno e sociale*, oltre che le possibili azioni *sul mondo*, che sono compiute dal bambino sulla base di questa comprensione. La percezione del mondo da parte del bambino ha origine dall'interazione tra le sue strutture biologiche e l'ambiente sociale, che sono corresponsabili del progressivo adattamento psicologico che porta allo sviluppo di strutture o schemi psicologici sempre più complessi. L'organizzazione di questi schemi deriva da due aspetti dell'adattamento che Piaget chiama *assimilazione* e *accomodamento*¹⁴⁶. L'assimilazione trasforma il dato sensoriale grezzo derivante dal mondo esterno secondo le proprietà della struttura psicologica funzionale precedentemente formata. L'accomodamento invece trasforma la struttura per adattarla alle condizioni ambientali. L'*assimilazione* è il processo attraverso il quale l'individuo riconosce il dato esterno adattandolo a un'organizzazione percettiva preesistente, in modo da attribuirgli un significato. Ad esempio, lo schema di suzione permette al neonato di costruire il significato dell'oggetto (ad es. il seno). Dopo le prime esperienze, il bambino vede il seno e inizia un'attività di "suzione a vuoto", dimostrando di riconoscerlo in relazione ai propri bisogni alimentari. Le cose che si discostano percettivamente da ciò che è noto vengono assimilate nelle esperienze o conoscenze precedenti; apprendere equivale interpretare la nuova informazione in modo che questa si adatti a degli schemi di comprensione preesistenti. Ogni volta che interpretiamo qualcosa di nuovo alla luce della sua somiglianza con qualcosa di familiare stiamo ricorrendo all'assimilazione. L'*accomodamento* è il processo opposto, attraverso il quale l'individuo *modifica* lo schema preesistente sulla base delle nuove condizioni esterne, rendendolo più idoneo agli schemi neogenerati. A volte, però, ci imbattiamo in situazioni o concetti così diversi da quelli familiari che non possono essere assimilati. Quando eventi del genere si verificano, ci costringono a cambiare il nostro modo di pensare, cioè ad accomodare quel che già sappiamo a qualcosa di nuovo e importante. L'assimilazione riguarda quindi un'organizzazione dove il nuovo è catalogato e inserito nel vecchio, nelle categorie che già conosciamo. L'accomodamento è invece un'operazione più destabilizzante, in quanto si tratta di un'esperienza nuova, che proprio perché non si può ricondurre ad alcuno schema precostituito, costringe tutto il sistema cognitivo ad un adattamento dove gli schemi precostituiti vengono di conseguenza tutti parzialmente modificati. I bambini eseguono costantemente assimilazioni e accomodazioni, man mano, che fanno nuove esperien-

¹⁴⁶ Piaget, J. (1947) *Psicologia dell'intelligenza*. Editrice Universitaria, Firenze, 1964.

ze, per arrivare a quella che Piaget chiama *l'equilibrio-azione*, una condizione mentale per cui l'apertura a esperienze nuove e la riduzione al già noto, trovano un mutuo equilibrio nell'apprendimento.

All'interno degli stadi piagetiani, che si susseguono secondo una costante sequenza ontogenetica, vi è un periodo iniziale di *preparazione* e uno finale di *consolidamento*, cioè un passaggio da un disequilibrio strutturale – caratterizzato spesso da un aumento della vulnerabilità emotiva – ad un equilibrio strutturale.

Piaget distingue quattro stadi nello sviluppo cognitivo: (1) stadio senso-motorio; (2) stadio del pensiero pre-operatorio; (3) stadio del pensiero operatorio concreto; (4) stadio del pensiero operatorio formale¹⁴⁷.



Figura 11: Gli stadi dello sviluppo cognitivo del bambino secondo Piaget

Nello *stadio senso-motorio* (1), che accompagna il bambino fino circa ai 12 mesi, la conoscenza che il bambino ha di sé e del mondo si basa sulla percezione e sull'azione. Le cose esistono solo in quanto vengono percepite e manipolate. Piaget riteneva che il bambino alla nascita fosse completamente privo della consapevolezza di se stesso e non avesse alcuna cognizione della differenza tra "Sé"

¹⁴⁷ Piaget, J. (1970) *L'epistemologia genetica*. Laterza, Bari, 1983.

e “non-Sé”; progressivamente aumenterà la sua sensibilità alle indicazioni sensoriali e le attività diventano sempre più intenzionali (es. a tre mesi potrà reagire alla propria mano che entra nel suo campo visivo come reagirebbe a qualsiasi altro oggetto in movimento, a otto mesi potrà dimostrare disagio davanti ad un estraneo). Lentamente il bambino esce da una situazione indifferenziata e confusa e costruisce un mondo relativamente stabile e permanente. Contemporaneamente acquisisce anche la nozione di “interno” ed “esterno” differenziando tra “me” e “non-me”. Il concetto di *permanenza dell’oggetto* – cioè la consapevolezza che le persone e gli oggetti hanno un’esistenza permanente, indipendentemente dalla percezione immediata del bambino – viene acquisita dal bambino alla fine del primo anno di vita. Il bambino apprende che alcune cose gli sono attaccate (come, ad esempio, le proprie mani), mentre altre (i *genitori*, ad esempio) vanno e vengono e, dopo essere scomparse, possono riapparire. Le cose che non sono più immediatamente presenti possono essere oggetto di rappresentazioni mentali, cioè immagini visive o simboliche che rappresentano oggetti o idee. Tali rappresentazioni permettono di immaginare le conseguenze delle proprie azioni, di fare piani, di considerare alternative, cioè di usare il pensiero invece dell’azione. Dopo il primo anno di vita, il bambino diventa capace di utilizzare nuovi e differenti schemi d’azione per raggiungere un fine: si manifesta un comportamento più “intelligente” in quanto fondato sull’invenzione e non sulla rigida applicazione di abitudini precostituite. L’intelligenza senso-motoria non fornisce una rappresentazione globale della realtà, fornisce quadri relativamente indipendenti e quindi una comprensione frammentaria e spesso contraddittoria.

Con l’entrata (2) nello *stadio del pensiero pre-operatorio* (dai 18 mesi ai sei-sette anni circa), il bambino diventa capace di “azioni interiorizzate”, perfezionando la capacità di rappresentazione dell’oggetto. A questa età si sviluppa il linguaggio, quale principale espressione della funzione simbolica. Tra i due e i quattro anni il bambino sviluppa i *preconcetti* e il ragionamento trasduttivo (o pre-causale). Non essendoci una struttura di classificazione, ogni concetto ha un’esistenza indipendente, è un *pre-concetto* e viene collegato ad altri da semplici somiglianze. Il ragionamento in questo stadio non è né deduttivo, né induttivo: esso è bensì *trasduttivo*. Nel ragionamento trasduttivo, due eventi sono considerati legati da un rapporto di causa-effetto se avvengono nello stesso tempo. Ciò si traduce in una modalità di comunicazione piena di “libere associazioni”, senza alcuna connessione logica, in cui il ragionamento si sposta da un’idea all’altra.¹⁴⁸ Il ragionamento che stabilisce questi collegamenti per *trasduzione*, va

¹⁴⁸ Lo sforzo psicoanalitico, come è noto, ha dato un contributo importante nel dare una ricostruzione attendibile di questi eventi apparentemente slegati dal punto di vista logico, facendo luce sulla componente motivazionale inconscia.

cioè dal particolare al particolare (ad esempio il bambino confonde “papà” e “uomo”, affermando che tutti gli uomini sono papà) e non può ancora procedere né dal particolare al generale (induzione) né viceversa dal generale al particolare (deduzione).

Tra i quattro e i sei anni il bambino elabora a livello rappresentativo delle strutture logiche, ma le azioni mentali non sono coordinate tra loro in un sistema dotato di reversibilità che permetta di interpretare gli eventi o gli oggetti secondo relazioni che tengano conto della quantità e della causalità. Mentre nello stadio precedente il bambino era centrato su di sé rispetto alle azioni (su quello che fa), il bambino pre-operatorio è centrato su di sé rispetto al pensiero (su quello che pensa). Piaget parla di *egocentrismo* riferendosi all'incapacità del bambino a mettersi nei panni dell'altro, comportandosi come se pensasse che gli altri inevitabilmente sappiano cosa pensa, lo capiscano e condividano il fatto che il mondo ruoti attorno a lui. Il concetto di egocentrismo in Piaget presenta numerosi punti di contatto con la descrizione che la psicoanalisi dà del *narcisismo*. Negli stadi senso-motorio e del pensiero pre-operatorio il bambino attraversa le fasi psico-sessuali pre-edipiche ed edipica, costruendo quindi i propri costrutti mentali sul mondo e sulla relazione con gli altri. Ad es. il bambino dotato di pensiero pre-operatorio pensa che la differenza tra i sessi sia la conseguenza di qualcosa che è successo (al bambino è cresciuto il pene, o la bambina l'ha perso, a seconda dei punti di vista), confondendo motivi e cause, senza che le fantasie e la realtà siano chiaramente differenziate. Sono bambini che pensano che, se si realizza un desiderio, ciò è dovuto al fatto di averlo pensato, rafforzando così la propria visione egocentrica.

Verso i sette anni il bambino entra (3) nello *stadio del pensiero operatorio concreto*, dove può contare su un sistema cognitivo coerente ed integrato con cui organizza e manipola il mondo circostante. Le azioni, già interiorizzate in forma simbolica, cominciano ad essere organizzate in modo tale che, ad ogni azione mentale, è associata un'altra che è la sua inversa o reciproca. Durante questo stadio il bambino non formula ipotesi generali e le sue spiegazioni sono correlate direttamente agli eventi del mondo reale immediato. Il bambino si dimostra capace di eseguire *operazioni infralogiche* (cioè su quantità fisiche: le lunghezze, le distanze, le superfici, il peso...). Il pensiero acquisisce la caratteristica della *reversibilità*: nascono le *operazioni logiche*, pensieri che prescindono dalla percezione degli oggetti concreti nello spazio e nel tempo. Ad esempio il bambino riconosce che travasando dell'acqua da un vaso alto e stretto ad uno basso e largo la quantità resta la stessa, cogliendone l'invarianza quantitativa e alla fine di questo stadio è in grado anche di spiegarne il motivo.

L'accesso del bambino al pensiero logico segna l'entrata nello *stadio del pensiero operatorio formale o astratto*, che ha luogo dopo la pubertà e rappresenta lo stadio finale dello sviluppo cognitivo. Questa fase consiste nella comparsa del pensiero formale (o ipotetico-deduttivo, dopo gli 11 anni). L'adolescente è capace

di astrarre dal contesto le operazioni logiche e di coordinarle in un sistema globale. Si costituisce quando il ragazzo è in grado prima di tutto di tener conto della forma di un argomento, o di una situazione, e solo secondariamente del suo contenuto, cioè quando diventa capace di elaborare ipotesi alternative e di verificarle, prescindendo dai dati di fatto (“È così, ma potrebbe essere anche in quest’altro modo se...”). Il pensiero ipotetico-deduttivo tiene conto non solo delle situazioni direttamente percepibili, ma anche di quelle possibili; per l’intelligenza astratta il significato di un evento accaduto o di un’azione compiuta non sta solo nel risultato ottenuto ma anche in ciò che poteva essere e non è stato. Nello stadio del pensiero operatorio formale le generalizzazioni ed i processi di pensiero astratto sono ad un livello tale da permettere al ragazzo di ragionare in modo ipotetico-deduttivo e di applicare la logica proporzionale. L’adolescente può trovare soluzioni verificando mentalmente le ipotesi e non solo in base all’osservazione diretta dei fatti, mette continuamente alla prova le possibilità, formula leggi generali e costruisce supposizioni e teorie in modo sistematico.

Le scoperte di Piaget ci aiutano ancora oggi a far luce sul funzionamento mentale del paziente in analisi. Le modalità operative e conoscitive individuate da Piaget apprese inconsciamente, nel periodo infantile, permangono e continuano a operare nel presente influenzando le percezioni attuali. Egli ci ha permesso di evidenziare che nell’adulto, quelli che persistono non sono tanto i “contenuti” (i ricordi, le fantasie delle relazioni oggettuali del passato), ma specialmente quello che egli chiama *schemi* (ovvero le strutture psicologiche) che determinano la modalità di funzionare e percepire la realtà. Piaget quindi ha notevolmente influenzato la psicoanalisi. Il bambino non può “costruire” una fantasia di soddisfacimento del desiderio, o un pensiero organizzato, prima dell’inizio del secondo anno di vita, in quanto la capacità di riconoscimento – legata nella fase senso-motoria all’azione, ai bisogni e ai sentimenti – non è ancora sufficientemente sviluppata da permettergli di evocare intenzionalmente immagini a suo piacimento, neanche l’immagine della madre. In questo senso, il bambino non è ancora in grado di usare, a titolo di esempio, il meccanismo di difesa della proiezione, almeno fino a quando non si sono sufficientemente differenziati aspetti del sé da quelli dell’oggetto. Inoltre, Piaget ci ha dimostrato che, per quanto possa sembrare paradossale, il bambino può avere delle *fantasie orali*, (ad esempio, di divoramento dell’oggetto) solo quando la fase orale si è già da tempo conclusa, ovvero solo quando l’azione lascia spazio al pensiero. Questo non significa, da un punto di vista psicoanalitico, che le fantasie inconsce non esistono. Alla luce dei concetti piagetiani, la configurazione narrativa delle fantasie inconsce del bambino più grande si modellano *sopra* le sua precoci esperienze sensomotorie effettivamente percepite e vissute dal bambino: sulla base di queste esperienze senso motorie (diventate *schemi relazionali*, o potremmo dire *oggetti interni non esperienziali*), queste fantasie si strutturano ulteriormente, venendo poi riorganizzate e vissute come narrazioni interne (come nel

sogno, dove vi è un soggetto, altri oggetti, in interazione tra loro) solo nelle fasi successive. Piaget introduce il ruolo della socializzazione, spiegando che l'uomo deve adattarsi al mondo attuale e funzionare in un modo definito "ragionevole" per sé e per la società. Egli è dotato di pensiero operatorio, che cerca continuamente di far convivere con un pensiero più primitivo e concreto (pensiero sensorimotorio). Attraverso i meccanismi di difesa, o altri modi di modificazione della percezione, l'uomo può cercare di influire sulla situazione esterna e modificare il contenuto di fantasie o pensieri inconsci per far corrispondere il mondo reale ai suoi desideri inconsci.

UN ALTRO ESEMPIO: L'UNITÀ PSICOLOGICA NEI GEMELLI

Sulla base di quanto detto finora abbiamo compreso come sia vero che l'identità psicologica si "costruisce", in ciascuno di noi, sulla base delle determinanti genetiche, ma è altrettanto vero che vi è spazio affinché la nostra personalità di base geneticamente determinata (il nostro temperamento) si possa ampiamente modificare sulla base delle esperienze a cui si è esposti.

Ma, in presenza di uguale bagaglio genetico, si possono immaginare due strutture di personalità completamente differenti? E ancora, le eventuali differenze psicologiche che dovessero eventualmente riscontrarsi in due gemelli monozigoti corrispondono pienamente alle differenze neurologiche? Il cervello, come è ben noto, è una struttura estremamente plastica, soggetta a trasformazioni fin dallo sviluppo embrionale. È quindi lecito pensare che due gemelli monozigoti con diverso peso alla nascita abbiano anche un cervello differente: l'inevitabile competitività intrauterina per il nutrimento, le pur minime diversità di esposizione percettiva tra i due gemelli non differenzierà solo i due organismi, ma influenzerà lo sviluppo somatico, e quello cerebrale.

La differenziazione psicologica che è possibile individuare in alcune coppie di gemelli monozigoti potrebbe trovare una spiegazione evolutivista: nello stesso ambiente, infatti, una perfetta identità porterebbe ad una competizione esasperata per gli stessi spazi, piuttosto che a una mutua collaborazione; ai due individui viene invece data la possibilità di differenziarsi, realizzandosi, in modo diverso sul piano fenomenologico dell'espressione del comportamento. L'evoluzione differenziante due gemelli monozigoti spiegherebbe anche la qualità della loro relazione, così come è comunemente osservata, e il loro profondo attaccamento: ogni gemello rappresenta per l'altro la realizzazione di quei potenziali di maturazione, cui ciascun gemello ha dovuto rinunciare per le scelte individuali compiute. Un gemello è, per l'altro, in sostanza, l'altra parte di sé, quello che avrebbe potuto, desiderato (o non ha mai osato) *essere*: in sostanza ogni gemello è per l'altro, almeno parzialmente, l'incarnazione concreta del

*Sé ideale*¹⁴⁹. In questo senso, la solidarietà che ciascun gemello offre all'altro può essere anche intesa come un modo indiretto di vedere realizzate le proprie potenzialità non attuate o le proprie scelte non attualizzate. Durante lo sviluppo, due gemelli monozigoti, tanto più sono diversi psicologicamente, tanto più hanno quindi bisogno l'uno dell'altro. Questa *unità duale* tende a mantenersi per ciascuno dei due fratelli, diventa fonte di sicurezza e di rifornimenti narcisistici per ciascun gemello; allo stesso tempo, come tutte le fonti di sicurezza pone a ciascun gemello una sfida rispetto al seguire delle spinte autonome esterne alla famiglia. Come vedremo, un gemello si trova quindi rispetto a un bambino nato da una gestazione monofetale a dovere affrontare contemporaneamente *due fronti* nel processo di separazione e individuazione: quello che lo porterà a individuarsi e separarsi dall'oggetto materno (come ogni individuo) e quello di confronto con questo speciale "*Sé speculare e, al contempo, oggetto complementare*", rappresentato dal fratello gemello.

Bion, in un noto articolo chiamato *Il gemello immaginario*¹⁵⁰ (che, in verità, non parla della psicologia dei gemelli, quanto dei meccanismi proiettivi) sembra sostenere che la fantasia inconscia di possedere effettivamente un gemello immaginario sia molto comune, se non universale: essa, secondo l'autore, rappresenterebbe una soluzione difensiva rispetto al dolore che potenzialmente può svilupparsi dall'individuazione e, in particolare, da quel sottoprocesso che Bion chiama *personificazione*, dove il paziente riprende dentro di sé, le parti che aveva scisso e proiettato, appunto, nel gemello immaginario, o in oggetti esterni che lo rappresentino. Tramite l'analisi, secondo l'autore, il paziente riesce a separarsi (da questa fantasia) e a distinguere tra sé e gli altri (diventando, a tutti gli effetti, una "persona", sia il Sé, sia l'*altro da Sé*).

Gli studi sui gemelli, nati con l'obiettivo di individuare un limite tra congenito e acquisito nella personalità individuale, portano a due filoni di ricerca: il primo riguarda la psicologia della coppia gemellare nella realtà esterna, rispetto a temi quali l'attaccamento alla madre, l'identificazione con i genitori, etc.; il secondo fa invece riferimento ad un piano fantasmatico, ad una *gemellarità nella fantasia*, risultante dalla interazione di due parti della mente. Lo psicologo sperimentale francese Zazzo¹⁵¹ sostiene che i fattori che entrano in gioco nel determinare le caratteristiche psicologiche dei gemelli non sono solo l'ereditarietà

¹⁴⁹ Si veda la sezione "Una quarta macrostruttura: gli ideali e lo sviluppo del Sé ideale" nel Capitolo 3.

¹⁵⁰ Bion, W.R. (1967) *The imaginary twin*. In W. R. Bion. *Second thoughts* (pp. 3-22). New York: Jason Aronson. Trad. it. *Il gemello immaginario*. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando editore, 1970.

¹⁵¹ Zazzo, R. (1984) *Le paradoxe des jumeaux. Il paradosso dei gemelli*. La Nuova Italia, Firenze.

e l'ambiente ma anche la vita di coppia e l'insieme di questi fattori contribuiscono a determinare il *Sé gemellare*.

La condizione di gemellarità sottopone il bambino ad una serie di compiti evolutivi più complessi di quelli che deve affrontare il bambino nato singolo. Il gemello infatti deve rinunciare già dall'inizio ad una disponibilità esclusiva della madre, con la quale vive spesso momenti di intensa gratificazione e frustrazione. C'è poi la maggior presenza del gemello, rispetto alla madre, nel proprio mondo percettivo e oggettuale e quindi una maggiore facilità a stabilire un'identificazione con lui oltutto che con la madre. Il gemello, che permette un continuo confronto con la propria immagine speculare, può essere usato come fonte di gratificazione narcisistica, un confronto totalizzante che, nei gemelli, è per definizione, negato dalla madre per la presenza dell'altro gemello; e questo nella realtà esterna, ma specialmente nella mente della madre, fin dall'inizio, ovvero fin dal momento in cui la madre, in gravidanza, sa di attendere dei gemelli.

Lo sviluppo della personalità e del senso di identità di un gemello è quindi costantemente legato alla tensione tra la spinta conservativa, a mantenere cioè una omeostasi affettiva nell'essere e nel rimanere entrambi eguali, e la spinta naturale all'individuazione e alla separazione. Per quanto sia fondamentale che i genitori incoraggino l'individuazione di ciascun figlio gemello dall'altro, trattandolo come individuo distinto e separato dal fratello, questa tensione non cesserà mai, permeando tutta la vita dei gemelli¹⁵².

Il rapporto con il gemello è da considerarsi quindi primario tanto quanto quello con la madre. Il gemello, come osserva Del Miglio¹⁵³, può essere infatti considerato un oggetto-Sé arcaico che il bambino investe di libido narcisistica ancor prima di sperimentare la separazione fra Sé e l'oggetto. Come abbiamo visto, nel 1952 la Mahler¹⁵⁴ usò il termine *simbiosi* per descrivere lo stato primitivo nello sviluppo di un bambino durante il quale la sua identità è fusa con quella della madre. Molti autori hanno da allora applicato il concetto di simbiosi

¹⁵² Klein, M. (2006), *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri.

Seguendo l'impostazione relazionale di M. Klein si possono ipotizzare, sia nel periodo neonatale che in età evolutiva, processi di identificazione introiettiva e proiettiva con aspetti parziali del gemello, accompagnati da sentimenti di amore e odio. In quest'ottica, i sentimenti di rivalità spesso presenti nei gemelli possono essere dovuti al fatto che debbano condividere la madre, fonte di soddisfacimento e gratificazione, con il fratello. La Klein per "parziali" intende qualità amate e idealizzate, o buone, e qualità odiate, o cattive e persecutorie. La relazione con la madre, costantemente mediata dalla presenza del gemello, può portare a difficoltà nel processo di identificazione.

¹⁵³ Del Miglio C. (1995) *Il Sé gemellare*. Roma: Borla.

¹⁵⁴ Klein, M. (1952). The mutual influences in the development of Ego and Id. *Psychoanal. Study Child*, 7.

anche alla coppia gemellare. Come Anna Freud¹⁵⁵ mise in rilievo, il primo oggetto, per un gemello, non è la madre ma il gemello, la cui presenza è immediata e costante. Questo fatto fondamentale determina il corso della cosiddetta *fase simbiotica dei gemelli* (o *simbiosi gemellare*). Mentre la normale relazione simbiotica per il bambino è quella che si stabilisce con la figura materna, l'esperienza simbiotica originaria con il gemello precede quella con la figura materna. La madre è al contempo oggetto simbiotico ed elemento di disturbo nella simbiosi gemellare; il progressivo riconoscimento di tale interferenza, una consapevolezza che inizialmente potrà essere solo parziale in ciascun attore della complessa ragnatela di relazione presente nella famiglia con figli gemelli, rappresenterà la possibilità, ad esempio, da parte della madre di offrirsi come oggetto di identificazione, dando la possibilità al gemello di percepire allo stesso tempo il fratello come rivale. In questo senso, le relazioni si porteranno progressivamente ad *assomigliare* alle relazioni interne presenti in figli non gemelli. Tuttavia, come abbiamo precedentemente accennato, la simbiosi gemellare continuerà a fare da sfondo per tutta la vita dei gemelli, innestandosi e confondendosi con lo sviluppo del Sé ideale di ciascun gemello.

L'intensità e l'intimità della relazione gemellare può portare ad una precoce separazione dalla simbiosi materna rimpiazzandola però con una prolungata fusione tra i fratelli con conseguente ritardo della loro separazione-individuazione. Questa condizione rappresenterebbe, secondo Engel¹⁵⁶, la cosiddetta *reazione gemellare*: una mutua identificazione, molto simile all'identificazione primaria fatta di rappresentazioni fusionali tra il Sé e l'oggetto *altro gemello*. La gratificazione narcisistica data dalla coppia gemellare (specie se vi è un'utilizzazione reciproca massiccia del gemello come supporto narcisistico) andrebbe quindi a detrimento del processo di separazione-individuazione.

Il grande problema dei gemelli pare essere quello del superamento della simbiosi (o *fusionalità* in termini mahleriani), un superamento che è una progressiva realizzazione di una differenziazione dall'altro, e contemporaneamente costituisce l'innescò dell'individuazione del Sé, comprensivo degli aspetti fisici (che portano all'*immagine corporea*) e degli aspetti psichici (dove è centrale la strutturazione dei confini dell'identità psicologica). Potremmo ricondurre ogni relazione successiva dei gemelli al paradigma dell'allattamento, precisando che si tratta di una *metafora* utile a comprendere la complessità della rete relazionale ove vi siano gemelli. Ogni volta che la madre prende un gemello in braccio, uno dei due viene escluso. Ogni volta che lei dà a un gemello il seno, o anche una minima parte della sua attenzione, l'altro non la prende. Secondo le

¹⁵⁵ Freud, A. (1951). The contribution of psychoanalysis to genetic psychology. *Writings*, 4:107-142.

¹⁵⁶ Engel G.L. (1975). *The death of a twin: mourning and anniversary reactions*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56: 23-40.

ipotesi di matrice kleiniana, quando la madre nutre uno dei due, il gemello attaccato al seno percepisce il suo *alter* carico di rabbia, in parte perché separato dal seno, ma anche perché avviene una proiezione della sua stessa rabbia per l'intrusione della madre nella relazione con sé, in quanto oggetto-gemello fusionale. Inoltre, postulano questi autori, il gemello "nutrito" percepisce ciò, in una realtà fusionale, indistinta e confusa, che non permette di capire se egli è il gemello nutrito o quello escluso e angosciato. I normali processi identificativi che iniziano dalla nascita sarebbero frammisti con questi elementi confusivi che contaminano la relazione esclusiva madre-bambino (ma anche quella gemello-gemello e quella del gemello con se stesso e i suoi ideali) e rischiano di interferire con lo sviluppo armonico della relazione e il potenziale di crescita psichica, dato dalle identificazioni adulto-bambino, come spiega Athanassiou¹⁵⁷.

Le normali identificazioni e introiezioni del bambino con la madre si mescolano in questo *milieu* fusionale, dato dall'identificazione con il gemello, che gli impedisce di vivere l'esperienza nutritiva con la madre in tutta la sua pienezza. Se la madre (sostenuta dal padre e da una *famiglia interna*)¹⁵⁸ riesce a differenziare dentro di sé i suoi due bambini, concedendosi in maniera sufficientemente gratificante ad entrambi separatamente, questo può permettere a ciascuno di essi di stringere con lei una relazione sufficientemente intensa e intima. In questo caso la parte dell'esperienza simbiotica con la madre ha la meglio sulla simbiosi gemellare e il fenomeno del gemello vissuto come elemento parassitico risulta indebolito.

Engel individua un *vantaggio narcisistico* nel fatto che ogni gemello nella relazione speculare con il proprio *doppio* possa costituirsi come *oggetto transizionale*¹⁵⁹ per l'altro, sostituendosi alla figura materna e assumendo un'importante funzione di contenimento, essenziale per l'omeostasi affettiva. Il bambino si costruisce un'immagine di sé in base agli indizi che gli provengono dal mondo esterno; si farà strada in lui la consapevolezza che, al contrario della madre, il fratello gemello gli è costantemente vicino. Se percepisce quindi la madre come persona dotata di un'identità autonoma, potrebbe sentire che il gemello fa invece parte della sua identità, specialmente quando il mondo esterno gli conferma questa impressione, trattandoli come se fossero una persona sola.

Il legame tra gemelli ha quindi valenze inizialmente simbiotiche, come tra mamma e bambino, in cui ogni gemello avvolge l'altro in un sistema onnip-

¹⁵⁷ Athanassiou C. (1986) A study of vicissitudes of identification in twins. *International Journal of Psychoanalysis*, 67.

¹⁵⁸ Si veda il Capitolo 5.

¹⁵⁹ Si parla di *oggetto transizionale* in quanto il gemello ha una funzione rassicurante che limita gli effetti dell'angoscia di separazione e permette nel tempo il distacco, l'oggettualizzazione, segnando l'area intermedia di esperienza tra l'eroticismo orale ed il vero rapporto oggettuale

tente con un unico confine. Raggiunta l'età dell'individuazione essi devono seguire due strade: l'*individuazione del Sé* (Sé individuale) dai genitori e dal gemello e l'*individuazione del Sé-noi* (*sé gemellare*) dai genitori. Il *Sé-noi*¹⁶⁰ si sviluppa largamente, se non totalmente, fuori dalla consapevolezza, perché la consapevolezza di Sé-noi verrebbe vissuta come una minaccia per l'integrità del Sé individuale. La costruzione del Sé è un processo lungo e impegnativo per ogni individuo, in cui è anche importantissima l'immagine di noi stessi che gli altri ci rimandano: noi siamo condizionati da quello che gli altri pensano e vedono in noi. E se per un nato singolo è importante l'immagine che, momento per momento, gli rimanda la madre, per un gemello è fortemente strutturante, per la propria personalità, l'immagine che gli rimanda il gemello. Sembra svilupparsi nei gemelli un'unità psicologica, un "Sé-noi" che è più, e altra cosa, dalla semplice somma delle due personalità. Alla dinamica relazionale all'interno della coppia è riconosciuta la forza di plasmare la personalità dei gemelli, differenziandoli per alcuni aspetti, per altri omologandoli. Nei gemelli vengono costruite parallelamente una coscienza individuale e una coscienza di coppia.

Anche qui riportiamo un esempio tratto dall'osservazione dell'interazione tra due gemelli

Nell'aula c'è molta confusione. Alice (5 anni) prende la valigetta degli incastri e l'appoggia sul tavolo, volgendo le spalle al resto della classe. Comincia a giocare da sola; poco dopo arriva la sorella gemella Ilaria che sposta alcuni incastri. Alice, senza guardarla, li rimette a posto dicendo: "No!" con tono tranquillo ma determinato. Ilaria sembra rispettare il volere della sorella e resta a guardarla manipolando gli incastri, ma appena si inseriscono altri quattro bambini sono le sorelle a gestire la situazione, fanno giocare anche i compagni ma poi riprendono i pezzi inseriti da questi ultimi e li spostano a loro piacere.

Colpisce, in questa osservazione, il rapporto di Alice con la sorella gemella Ilaria: all'inizio decide di giocare da sola e non apprezza l'intrusione di Ilaria, successivamente però, quando si inseriscono altri bambini nel gioco, le due sorelle sembrano formare un'entità unica, un'*unità duale*, gestendo il gioco e lasciando fuori gli altri. Alice e la sorella "decidono" il gioco, gli altri lo subiscono, possono intervenire ma non hanno potere contrattuale. È come se Alice formasse con la gemella quel Sé-Noi, quella specie di sottogruppo con maggiore potere contrattuale all'interno di un gruppo totale. A volte i gemelli vengono confusi l'uno con l'altro, oppure può essere difficile per loro stessi vedersi (o che gli altri li vedano) come individui separati. I gemelli stessi si paragonano tra loro o vengono paragonati continuamente all'altro: anche se le differenze, a volte per compen-

¹⁶⁰ Ortmeier, D.H. (1970) The we-self of identical twins. *Contemporary Psychoanalysis*. 6: (2), 125-142.

sare questa tendenza confusiva, sono spesso spinte all'eccesso, il confronto, per definizione, inevitabilmente li riporta alla dualità. I gemelli vengono messi a confronto per tutta l'infanzia: piccole differenze sono chiamate in causa per definire le particolarità dei gemelli identici (ma anche di quelli fraterni) che si adeguano spesso a queste differenze per ribadire la loro identità: "lui è portato per la matematica, io per l'italiano".

Spesso è faticoso pensare ad un gemello in termini individuali senza considerare anche il fratello: dove c'è uno, c'è sempre anche un termine di confronto con l'altro, che esiste in quanto *più (qualcosa)*, o *meno (qualcosa)*, rispetto al primo. Come nell'esempio, che segue:

Alice ha una fasciatura sul ginocchio, ieri è caduta dalla bicicletta facendosi molto male. Zoppica ma non si lamenta. I compagni seduti al suo tavolo le chiedono chiarimenti sulla dinamica dell'incidente; lei racconta che stava correndo intorno alla casa ed è caduta sull'asfalto. Gli altri bambini sottolineano il fatto che anche la sorella ieri si è fatta male alla mano. Ilaria infatti si è tagliata aiutando la mamma in cucina a tagliare le patate e ha un dito fasciato. Anche lei fornisce ai compagni particolari sull'accaduto.

Entrambe le sorelle si sono ferite lo stesso pomeriggio, entrambe arrivano a scuola raccontando ai compagni la loro "disavventura", compagni che, a loro volta, rispettano ancora una volta la loro unità duale. In un'altra occasione:

Alice è sotto il tavolo, Cristiano le si avvicina da dietro e le prende le braccia (interpretando un mostro che rapisce le ragazze). Alice si divincola e riesce a liberarsi, nel frattempo arriva Ilaria per difenderla e la protegge facendole da scudo con il corpo. Cristiano, un bambino un po' irruento, tira la maglia ad Ilaria che si mette a piangere. La maestra lo sgrida. Alice si avvicina alla sorella e la consola, le due si prendono per mano e si spostano nell'altra parte dell'aula.

In questo stralcio di osservazione Alice sembra dirci che l'equilibrio è più facile da riacquistare se si è in due. Forse, non avendo mai avuto la certezza di assorbire totalmente l'attenzione della madre, il bambino sopporta meglio di perderla se il gemello è con lui. Questo lo fa sentire più sicuro ed è al tempo stesso la garanzia che la madre non dedicherà probabilmente all'altro le attenzioni che gli vengono sottratte. La gelosia è un sentimento che i gemelli probabilmente sperimentano prima di altri bambini, e per questo può essere particolarmente intensa, e sentita come minacciosa per la propria stabilità.

Analizzando il lavoro di numerosi studiosi sui problemi di identificazione dei gemelli, abbiamo evidenziato quindi le difficoltà incontrate nello stabilire una buona relazione simbiotica con un oggetto materno quando un gemello è sempre interposto tra la madre e il bambino.

CONCLUSIONI

Abbiamo cercato di dimostrare che le influenze genetiche e ambientali sono assolutamente inestricabili tra loro. L'espressione del genotipo (il progetto genetico che abbiamo in dotazione dal concepimento in poi, e sulla base del quale si costruiscono le strutture anatomiche e funzionali dell'individuo) è aperta a un'ampia serie di rimaneggiamenti da parte dell'ambiente e del mondo di relazione. Confidiamo che il lettore convinto dell'opinione che la nostra identità personale sia del tutto dettata dal nostro corredo genetico, leggendo questo capitolo, si sia almeno un po' ricreduto, e consideri la possibilità che il nostro patrimonio genetico sia proprio questo, una risorsa – non illimitata – da cui attingere in momenti di necessità adattative accentuate. Allo stesso modo, speriamo, nel lettore eccessivamente fiducioso delle potenzialità di crescita dell'individuo, di avere, almeno un po' ridimensionato la paura che le conoscenze provenienti dalla genetica distruggono totalmente questa aspettativa. E se siamo riusciti in questo intento, è possibile forse comprendere meglio che la fiducia nelle potenzialità umane non è per forza in contrapposizione con la realistica considerazione della umana limitatezza data dalla nostra costituzione genetica e organica. In questo modo, possiamo allora estendere tali principi a ogni funzionamento che regola l'esperienza soggettiva dell'individuo, dove l'impatto dell'ambiente deve essere considerato importante almeno quanto quello del suo patrimonio genetico.

5. Omeostasi affettiva: dalla famiglia esterna alla famiglia interna

«L'intensificarsi della vita verso [...] verso tutto ciò che scuote e esige un significato, era contrassegnata per i Greci dall'apparizione di bende volteggianti di lana. [...] Gli uomini non potrebbero sopportare di vedere perennemente quella rete nella sua interezza: vi si impiglierebbero subito e ne rimarrebbero soffocati. [...] Da un capo sono strette al corpo, in un modo che può diventare un cappio. Dall'altro capo ondeggiavano in aria, accompagnano, scortano, proteggono. [...] E soltanto in rare occasioni le bende si torcono e si intrecciano intorno a noi finché il loro capo libero si annoda a un altro capo libero.»

Roberto Calasso¹⁶¹

«E non vuoi capire che la tua coscienza significa appunto 'gli altri dentro di te'.»

Luigi Pirandello

Se volessimo individuare un obiettivo nella pratica psicoanalitica, ritengo che esso sia quello di favorire i processi di *sviluppo psicologico* e promuovere l'*adattamento intrapsichico*, ampliando i gradi di libertà dell'individuo in merito alle proprie scelte, compatibilmente con le inibizioni acquisite nella crescita e con i limiti della propria costituzionalità psicofisica.

Per *sviluppo* intendiamo comunemente quegli insiemi di processi attraverso i quali un organismo acquisisce la sua definitiva maturità. Va da sé che anche in questa definizione la meta da acquisire, ovvero la maturità, è un traguardo ideale, nel senso che, anche nelle condizioni più favorevoli, il suo raggiungimento non è mai pienamente compiuto. Freud sosteneva che è maturo – e sostanzialmente conduce una vita sana – colui che è parimenti gratificato nella vi-

¹⁶¹ Calasso, R. (1988) *Le nozze di Cadmo e Armonia*. Milano: Adelphi edizioni, [Pp. 318-320].

ta affettiva, quanto nella realizzazione professionale. L'uomo sufficientemente sano è quindi, secondo Freud, l'uomo che è in grado di *amare* e di *lavorare*. Quando parliamo di *salute mentale* ci riferiamo, come per il concetto di *maturità*, più a un *ideale*, che a un'effettiva condizione raggiungibile. Infatti, l'adattamento intrapsichico – attorno al quale si concentra il lavoro dell'analisi – è quel complesso di trasformazioni che porta un individuo a tendere costantemente ad un proprio equilibrio interno, più che alle condizioni ambientali vigenti. L'adattamento intrapsichico non coincide quindi né con uno stato di pieno benessere, né con la gratificazione del piacere. *Adattarsi* significa per l'individuo raggiungere il massimo livello di sicurezza disponibile nell'ambiente esterno, e allo stesso tempo ottenere la minima presenza di tensione dolorosa intrapsichica. Come vedremo nel capitolo 8, a volte il compromesso necessario per raggiungere questo delicato equilibrio può comportare dei costi estremamente alti per l'individuo, in termini di disagio sociale e di psicopatologia, fino a condizioni che pregiudicano la sopravvivenza stessa della persona¹⁶². La funzione principale dell'apparato psichico è quindi quella di mantenere questo precario equilibrio adattativo interno. Vedremo nel capitolo 9 come esista sia l'*adattamento personale intrapsichico*, sia quello *psichico interpersonale* (dove l'equilibrio interno viene ripristinato da un'altra persona che si attiene a una richiesta adattativa formulata, spesso inconsapevolmente, dal soggetto). L'*adattamento sociale*, invece, viene raggiunto quando l'adattamento intrapsichico ed interpersonale di una persona coincide con quanto, mediamente e convenzionalmente, la società si aspetta da un individuo compatibilmente a fattori quali la sua età, il ceto, la religione, la cultura.

In questo capitolo verranno descritti quelli che sono i processi di formazione degli elementi costitutivi dell'apparato psichico, per come globalmente è stato descritto nel capitolo precedente. In particolare, verrà trattato il tema della psicoanalisi come *studio delle relazioni oggettuali*.

Definire esattamente che cosa sono le relazioni oggettuali nella mente di un individuo è difficile da dire: abbiamo sopra accennato che un modo per descriverle è quello di considerarle delle *rappresentazioni di un rapporto tra due persone* (un rapporto che si può visualizzare come composto da un'immagine del Sé, una dell'oggetto e da una specifica modalità di interazione tra i due; si veda la Figura 1). Queste rappresentazioni sono poi codificate (probabilmente in più modi simultaneamente) nella nostra memoria. In questo contesto intendiamo

¹⁶² Ne possono essere esempi palesi e concreti, il *suicidio* quale difesa dal dolore nella depressione, o l'*emaciazione corporea* estrema della paziente anoressica, quale espressione di un controllo onnipotente. In questi esempi, la soluzione adattiva interna si esprime in un comportamento che è palesemente nocivo per l'individuo, oltre che disadattiva per la sua integrazione sociale ma solo se visto dall'esterno, dove per il soggetto tale comportamento manifesto appare invece come l'unico possibile in termini di adattamento intrapsichico.

mettere in risalto che le relazioni d'oggetto fungono da regolatori e organizzatori primari del bambino, a partire dai comportamenti più semplici per arrivare a quelli più complessi di pensiero, e che derivano in modo diretto o indiretto dal nostro patrimonio relazionale familiare. Infatti, tale bagaglio ci viene trasmesso dalla nostra famiglia di origine, sia attraverso l'eredità genetica, sia attraverso la lenta assimilazione, mediante esperienze reiterate, dei rapporti significativi della nostra infanzia, con chi ci è stato più vicino. Discuteremo quindi il processo di formazione della nostra identità personale sulla base del costante rapporto e interazione con la nostra *famiglia interna*, dove per *famiglia interna* si intende qui quella costellazione di funzionamenti e strutture psicologiche, interiorizzata da ciascun membro (o individuo) della famiglia, nella forma di memorie, nella loro forma sia esplicita¹⁶³ che implicita¹⁶⁴. Queste memorie sono il frutto, o meglio il "precipitato" di una quantità enorme di interazioni, sia con oggetti esterni (nel mondo percepito dai sensi diretti verso l'esterno), sia con oggetti interni, modificati dalla fantasia; queste memorie si rinforzano in modo positivo o negativo, cioè come un ricordo piacevole oppure come un'esperienza da evitare, a seconda che siano state accompagnate da un incremento o da una diminuzione in termini di *sentimenti di sicurezza*.

LA FAMIGLIA

La famiglia, si legge nel vocabolario¹⁶⁵, rappresenta "il nucleo sociale rappresentato da due o più individui che vivono nella stessa abitazione e, di norma, sono legati tra loro col vincolo del matrimonio o da rapporti di parentela o di affinità". La seconda accezione ci avvicina alle nostre argomentazioni: la famiglia è quell' "insieme di persone legate da un vincolo o da caratteristiche comuni, anche ideali" [sottolineatura dell'autore]. Si dice quindi *familiare* di una persona o una situazione che sentiamo affine e "in sintonia", che quindi ci ispira confidenzialità, informalità e spontaneità. Leggiamo poi che, da un punto di vista etimologico, il termine famiglia deriva dal latino *famulus* ossia servitore,

¹⁶³ Per *memoria esplicita*, in psicologia cognitiva, si intende quella modalità di trattenere e rievocare i ricordi, in modo da poterli ri-esplicitare, ovvero esprimere, verbalmente o anche solo nella propria immaginazione, nella forma di un simbolo (ad esempio, un nome, un'immagine o una parola).

¹⁶⁴ Con *memorie implicite*, si considerano quei ricordi che non possono essere richiamati nella forma di parole o immagini, ma che invece sono stati appresi nella forma di abitudini percettive o motorie, e che entrano nel nostro stile (o modo di essere) cognitivo ed affettivo (ovvero nella nostra identità e nel nostro carattere).

¹⁶⁵ Devoto, G., e Oli, G.C. (2010) Vocabolario della lingua italiana 2011. Milano: Le Monnier, Mondadori education.

dove sono da considerarsi servitori della famiglia, tutte le persone che vi vivono, quelle a servizio, ma anche il capofamiglia, usualmente il padre (ma anche la madre, almeno nelle società patriarcali) e tutte le altre legate al capofamiglia da legami di matrimonio o di sangue. Anche in senso psicoanalitico, gli elementi della famiglia “servono”, hanno un ruolo specifico, fingendo da organizzatori della vita di relazione. Impariamo inoltre che l’etimo della parola famiglia [f-amiglia] sarebbe da far risalire alla parola [d-ahm-an], che in sanscrito vuole dire dimora, casa, luogo ove ci si sofferma. In questa accezione, quindi la famiglia è l’elemento primario, la casa comune; la cura della casa ha la priorità sugli interessi degli individui e sul ruolo gerarchico del singolo familiare. Ogni componente viene quindi subordinato al suo ruolo di essere al servizio della casa, una casa intesa come spazio che permette al gruppo familiare di esistere in quanto tale. Possiamo già in questa ricerca terminologica, trovare dei richiami al tema conflittuale insito nell’esistenza stessa della famiglia: la famiglia nasce dalle primigenie esigenze di coesione, e serve quale luogo di appoggio e rifugio sicuro per i bisogni presenti in ciascun componente del gruppo familiare. La stessa esistenza di queste esigenze si scontra, all’interno della famiglia, con le spinte di crescita, di cambiamento, in sostanza con i processi di separazione e individuazione di ogni singolo membro dalla famiglia stessa. Non appare quindi pleonastico affermare che la famiglia, in quanto struttura psicologica di gruppo, è costruita sugli stili cognitivi e affettivi, nonché sulle identità psicologiche dei singoli individui che la compongono. Allo stesso tempo, l’esistenza stessa di questa struttura psicologica collettiva pone a ciascun individuo delle sfide che mettono in gioco le spinte individuali, di realizzazione personale di ciascuno dei membri. Questo ci ricorda che lo sviluppo mentale e la crescita personale psicologica non sono dei processi scontati. Il loro andamento dipende, in ciascuno, dal *milieu* su cui ogni individuo è cresciuto all’interno del suo contesto familiare, cioè dal modo in cui sono stati gratificati (e frustrati) i bisogni di dipendenza e di appoggio da parte della famiglia da una parte e, dall’altra, da come sono state affrontate le esigenze di ricerca di quei rifornimenti e di conferma narcisistici esterni alla famiglia. Quest’ultimo processo porta alla strutturazione di un sé individuato e separato dal resto della famiglia.

LA PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA

La psicoterapia della famiglia non è stata inizialmente una prerogativa della pratica clinica psicoanalitica. Inizialmente, come è noto, la psicoanalisi è stata maggiormente una terapia individuale, prima dell’adulto, e poi, con Melanie Klein e Anna Freud, del bambino. La psicoanalisi si è poi evoluta nel proporre

una psicoterapia di gruppi di pazienti¹⁶⁶.

I contributi più importanti alla psicoterapia della famiglia, tuttavia, inizialmente sono stati dati dalla scuola di psicoterapia sistemica (la maggior parte dei fondatori di questo indirizzo clinico avevano una preparazione psicoanalitica). Secondo l'approccio sistemico-famigliare, i sintomi e il disagio del singolo individuo sono il risultato di un intreccio complesso tra esperienza soggettiva, relazioni interpersonali e capacità cognitive dell'individuo. Secondo la scuola sistemica, il sistema *famiglia* evolve se avvengono alcuni *eventi nodali* che mettono in discussione l'equilibrio familiare precostituito e che, se superati, comportano per tutta la famiglia, attraverso la riorganizzazione del sistema stesso, un passo in avanti verso lo sviluppo. Gli eventi possono riguardare tutto il ciclo vitale, dalla nascita alla morte, e possono riguardare accadimenti esterni (la morte accidentale o per malattia di un membro, un incidente, etc.) oppure eventi che sono intrinseci allo sviluppo dell'individuo in seno alla famiglia (l'entrata nella scuola, l'adolescenza, il menarca, l'avviamento al mondo del lavoro, la nascita di un figlio o la sua uscita dalla famiglia, la morte dei genitori, il pensionamento, la menopausa, etc.). Lo studio dell'evoluzione del sistema familiare nella terapia sistemica viene condotto esplorando anamnesticamente almeno tre generazioni (dal paziente ai suoi genitori e ai suoi nonni). I sintomi di una persona, oltre a esprimere in maniera metaforica il conflitto psichico soggettivo, acquisiscono una funzione precisa all'interno del "sistema-famiglia" in cui emergono. La famiglia, intesa come il sistema vivente di riferimento principale nell'esperienza emotiva di una persona, è il primo contesto esperienziale all'interno del quale i sintomi assumono una funzione precisa per il funzionamento relazionale del gruppo di persone che ne fanno parte. I conflitti che tendono a disgregare il sistema-famiglia creano una tensione emotiva che, di solito, viene vissuta in termini drammatici dal soggetto portatore del sintomo, detto *paziente designato*; egli si fa carico, attraverso la manifestazione dei sintomi, del compito di distogliere gli altri membri della famiglia dall'affrontare in modo manifesto le proprie difficoltà di relazione, accettando – inconsciamente – questo ruolo. Il sintomo ha quindi una doppia valenza: segnala alla famiglia l'esistenza di un disagio e, nello stesso tempo, rende innocuo il suo potere distruttivo, accentrando su di un singolo membro tutte le preoccupazioni degli altri membri. La psicoterapia a indirizzo sistemico-relazionale, quindi, considera come "paziente designato" quel membro del sistema-famiglia che si presta a fare da portavoce del disagio per tutta la famiglia. Tale membro è "designato" dal sistema stesso in quanto esprime una modalità non approvata di vivere, pensare e agire, almeno secondo quanto tacitamente accettato da ogni

¹⁶⁶ Bion, W. R. (1961) *Experiences in Groups and other papers*. London, Tavistock Publications; trad. it.: *Esperienze nei gruppi*, Roma: Armando, 1971.

membro della famiglia. Talvolta, specialmente in casi che riguardano i bambini o gli adolescenti, questo si manifesta sotto forma di un arresto dello sviluppo, così che tutte le tensioni presenti in seno alla famiglia tendono a convergere sul sintomo, con conseguente grave disagio del paziente designato, ma anche con il “vantaggio secondario” di evitare la sofferenza e quei vissuti di disgregazione per la famiglia sottesi al cambiamento – avvenuto o potenziale – dell’equilibrio familiare. La psicoterapia sistemica della famiglia ha per obiettivo la modificazione delle regole del sistema, ovvero la modificazione delle modalità di comunicazione e di interazione tra i membri. I terapeuti che seguono questo orientamento psicoterapeutico condividono la matrice teorica positivista, e seguono la metodologia che abbiamo qui denominato di “manipolazione”, ove il terapeuta segnala ai componenti della famiglia le interazioni valutate come disfunzionali e propone, quali variabili da manipolare, strategie comunicative atte a favorire l’accettazione del cambiamento in seno alla famiglia. Il fatto che tale metodo operi sostanzialmente per manipolazione non esclude che allo psicoterapeuta sistemico sia richiesta una comprensione profonda e un notevole impiego di empatia nella relazione con i suoi pazienti. Gli interventi di psicoterapia sistemica della famiglia si strutturano in genere in un numero di sedute ridotte. Nella mia personale esperienza con terapeuti e formatori di questo indirizzo, ho avuto modo di rilevare come le scuole di psicoterapia ad indirizzo sistemico stiano sempre più enfatizzando l’importanza della valutazione delle componenti emotive e relazionali delle comunicazioni presenti all’interno del nucleo familiare.

Si devono al dott. Paolo Saccani¹⁶⁷, e al gruppo di psicoterapeuti cresciuto intorno a lui, nel Centro di via Ariosto di Milano, lo studio delle applicazioni dei concetti psicoanalitici di Joseph Sandler alla psicoterapia della famiglia¹⁶⁸. Egli ha introdotto, nel lavoro clinico con le famiglie, i concetti di *oggetti interni*, di *induzione* e di *rispondenza di ruolo intrapsichico*¹⁶⁹. Secondo questa prospettiva clinica, quando una famiglia si rivolge al terapeuta per un problema specifico di un suo componente (spesso un disturbo comportamentale di un figlio a scuola, o di un’adolescente con un disturbo dell’alimentazione) è la famiglia intera, non più il paziente designato che va considerata come “il paziente” (fino a qui, in modo del tutto simile a quanto proposto in ambito di terapia sistemica). Lo psicoterapeuta della famiglia di formazione psicoanalitica, su queste basi, cerca

¹⁶⁷ Saccani, P. (2000) Seminari di gruppo nel Corso della scuola di Psicoterapia Psicoanalitica della Famiglia. Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica, Psicopedagogia e Metodologia Istituzionale, Via Ariosto, Milano.

¹⁶⁸ Le cui tradizioni formative sono ora portate avanti dall’Associazione Paolo Saccani (www.associazionepaolosaccani.it) di Milano.

¹⁶⁹ Sandler, J. & Sandler, A.-M. (1998) *Gli oggetti interni. Una rivisitazione*. Milano: Franco Angeli.

di aggiungere la comprensione delle determinanti inconsce, ovvero cosa succede veramente nel momento della consultazione a questa famiglia e perché il disagio si esprime in quel membro della stessa. Quello che differenzia questo approccio psicoanalitico da quello sistemico è quindi l'attenzione data alle determinanti "latenti" tra i membri della famiglia, sottese alle interazioni "manifeste". Sandler, nel libro citato nella nota in calce, sosteneva infatti che:

"Possiamo considerare i rapporti interpersonali [...] esaminando i diversi modi mascherati con cui le persone tenteranno di attualizzare i propri desideri, consci o inconsci, e le relazioni oggettuali presenti nelle loro fantasie di desiderio. I membri [di una famiglia] «negozieranno» tra loro le risposte di cui ciascuno ha bisogno e le risposte che a ciascuno sono richieste. I membri [di una famiglia] possono anche fare «transazioni» e «accordi» inconsci riguardo a tali risposte di ruolo, cosicché ciascuno ottiene la maggior gratificazione possibile di un proprio desiderio relativo a un oggetto, in cambio di concessioni ad altri membri [della famiglia] (p. 86).

LA RISPONDEZZA DI RUOLO E LE TECNICHE DI CONTROLLO DELLA PERCEZIONE

Il concetto di *induzione e di rispondenza di ruolo*¹⁷⁰ è fondamentale per comprendere i principali processi presenti nella psicoterapia psicoanalitica della famiglia, come peraltro in ogni relazione interindividuale e grupppale. Il fenomeno può essere visto come un particolare tipo di *esternalizzazione*. Il soggetto attua nella comunicazione una specie di *gioco* dinamico (di fatto cercando di far collimare una fantasia interna con la situazione reale esterna), dove attraverso un'incessante serie di prove, errori, verifiche parziali, correzioni del "tiro" e rinunce, cerca a più riprese di indurre uno specifico comportamento atteso nel proprio interlocutore. In sostanza, *l'obiettivo di questa complessa serie di comportamenti e di vissuti è quella di far combaciare il mondo esterno al nostro mondo interno (dei desideri, delle fantasie)*. Tale comportamento è in genere dettato da una necessità dell'individuo di *percepire* e *ri-sperimentare* un determinato tipo di relazione d'oggetto, una relazione sulla falsariga di un rapporto significativo e che ha generato, o almeno aumentato, i sentimenti di sicurezza dell'individuo in una fase critica dello sviluppo. Questa tendenza a ripristinare una soluzione adattiva gratificante segue il principio dell'*identità di percezione*, di cui abbiamo precedentemente parlato nel Capitolo 1. L'induzione di ruolo rappresenta quindi una modalità interpersonale di controllo della percezione (adattamento intrapsichico interpersonale).

A volte, in una famiglia, vi può essere una discrepanza estremamente grande tra i resoconti dei diversi componenti della famiglia rispetto a quelli che sono i

¹⁷⁰ Sandler, J. (1976) Countertransference and role-responsiveness., *Int. Rev. Psychoanal.*, 3:43-48.

rapporti familiari, mentre potrebbe essere ancora diversa la fotografia biografica ottenuta da un osservatore esterno. Questa differenza riflette la prospettiva duale della nostra percezione. Come descritto nel Capitolo 1, infatti, ogni nostra percezione ci giunge da due vertici di osservazione personale molto diversi: la prospettiva dei nostri sensi rivolti verso l'esterno e quella delle nostre percezioni soggettive (di come ci si sente "a essere noi"). La funzione psicologica della percezione appare centrale nell'adattamento ai fini dell'armonizzazione tra influssi che vengono dall'esterno e percezione dei propri funzionamenti interni.

La psicoterapia psicoanalitica della famiglia pone l'enfasi sul riportare alla luce i molteplici livelli presenti nelle comunicazioni che si svolgono all'interno della famiglia. I più evidenti sono il livello esterno (quanto si rivolge al lato del mondo esterno e che costituisce la versione "pubblica" della famiglia, quella sotto gli occhi di tutti, ovvero la parte della famiglia che ciascun componente considera condivisibile e accettabile dagli altri membri e da un osservatore esterno) e il piano del mondo interno e delle relazioni oggettuali: il livello che qui chiamiamo della *famiglia interna*.

L'induzione di ruolo è solo una delle diverse *tecniche di controllo della percezione* in dotazione all'apparato psichico per mantenere una sufficiente regolazione omeostatica dei sentimenti: si tratta di una tecnica che agisce sulla percezione, modulando gli stimoli che giungono all'apparato psichico dall'esterno. Essa è un tentativo di ristabilire l'equilibrio perseguito attraverso una sollecitazione di una risposta da parte di un altro individuo. L'attualizzazione in gioco in questo caso consiste in un tentativo di un fine condizionamento di un'altra persona attraverso comunicazioni verbali e non verbali, al fine di ottenerne delle percezioni rassicuranti. Questo ovviamente avviene anche all'interno della seduta psicoanalitica: l'analista è continuamente soggetto a influenze induttive da parte del paziente. Sandler ha chiamato questo fenomeno *rispondenza di ruolo liberamente fluttuante*. In terapia è auspicabile che l'analista si accorga, almeno dopo un po', di una sua specifica risposta comportamentale a un determinato paziente, consapevolezza che in genere si presenta solo dopo che questa induzione si è tradotta in un'azione o in un comportamento da parte dell'analista.

LA DIAGNOSI STRUTTURALE

Una seconda sollecitazione che mi ha portato ad occuparmi del concetto di *famiglia interna* è venuto dal mio lavoro di psicoterapeuta a orientamento psicoanalitico, e in particolare dall'esigenza di comprendere la struttura della personalità dei miei pazienti, che, lo abbiamo visto (nel capitolo 4) è data dall'*inestricabile intreccio* tra gli aspetti genetici e l'influsso ambientale derivante dal contesto dove l'individuo è cresciuto. Va da sé, da quanto precedentemente affermato, che ogni individuo è il prodotto diretto dei patrimoni genetici presenti nella sua

famiglia (quelli dei genitori in particolare), e il prodotto altrettanto diretto delle esperienze relazionali all'interno della stessa famiglia. Nessuna esperienza soggettiva, tuttavia, è il *calco fedele* della realtà esterna: le esperienze che abbiamo fatto, ad esempio, con nostra madre, sono state assimilate sulla base delle percezioni che ci sono giunte dall'interazione con lei, ma che sono state anche, e contemporaneamente, filtrate e modificate sulla base delle fantasie a lei associate e dei processi inconsci di regolazione del benessere e di evitamento di ogni situazione spiacevole vissuta nel rapporto con lei (si veda Capitolo 8). Questi meccanismi di regolazione emotiva e la capacità di tollerare il dolore e la frustrazione sono diversamente sviluppati in ogni individuo e anch'essi, pur dipendendo da strutture organiche che si formano sulla base di una programmazione genetica innata, sono ad ogni livello soggetti agli influssi ambientali. Questi sistemi di regolazione emotiva non sono quindi imm modificabili; la loro risposta regolatoria dipende dall'apprendimento e quindi dall'esperienza. In psicoanalisi, le esperienze di apprendimento dello stile cognitivo e affettivo dei nostri familiari, delle persone che si prendono cura del bambino, vanno sotto il nome di *identificazioni* (si veda il Capitolo 5). In terapia psicoanalitica, le identificazioni si riflettono poi nelle molte facce che il paziente porta in seduta e che rendono così interessante cercare di capire, a scopo diagnostico, prognostico e terapeutico, la strutturazione della sua personalità.

Il punto di partenza del processo terapeutico psicoanalitico è quindi la diagnosi¹⁷¹. La *diagnosi* è un percorso diadico, che si compie in due, in cui ciascuno degli attori (il diagnosta e il paziente), forniscono un contributo importante: deve esistere una distanza ottimale tra la condizione del terapeuta e del paziente, se l'obiettivo è quello di un percorso conoscitivo di maturazione. La distanza di cui parliamo può riguardare l'equilibrio emotivo, la stabilità affettiva e lo stile cognitivo e culturale: se la distanza tra analista e paziente è eccessiva probabilmente non si raggiungerà una buona comprensione in psicoterapia e più difficilmente potrà essere fatta una diagnosi corretta e utile allo sviluppo. Parimenti se la distanza è troppo ridotta (se il terapeuta ha lo stesso identico disturbo caratteriale del paziente, se ha lo stesso *background* familiare, la stessa disarmonia affettiva, etc.) il rapporto non potrà offrire alcun apporto nuovo o utile alla crescita. Se vi è una distanza ragionevole, sarà il paziente a guidare l'analista nelle prime fasi della conoscenza reciproca, verso la diagnosi del paziente e la comprensione sulla capacità o meno di quest'ultimo a lavorare introspettivamente.

¹⁷¹ La parola, *diagnosi*, che deriva dalle radici "dia" e "gnosis" e significa "conoscere attraverso". Secondariamente il suffisso "dia-" deriva a sua volta da una radice indoeuropea (*dis*) che indica una *separazione* (come nel termine *distanza*, distare, *dis-*, *stare*, stare lontano). Vi è quindi un interessante allusione etimologica al fatto che per capire un problema è necessario porsi a una certa distanza di osservazione.

In medicina, la diagnosi è quel processo conoscitivo che porta all'identificazione di una malattia, in modo da stabilirne l'andamento (prognosi), e al fine di provvedere di intervenire mediante le cure adeguate (terapia). Tradizionalmente, in psicoanalisi, in psichiatria e in psicologia clinica, la diagnosi mira a valutare la presenza di un'alterazione del funzionamento psichico e si fonda su più livelli di valutazione. Il principale strumento diagnostico dello psichiatra, il DSM¹⁷² o Manuale Diagnostico Statistico delle malattie mentali (oggi alla quarta edizione riveduta), fonda le sue diagnosi su di un sistema a cinque assi, dove il clinico dà una precisa collocazione alla *sintomatologia* del paziente in ciascuno di questi livelli. Il primo asse valutativo riguarda i *disturbi clinici* (le malattie mentali propriamente dette, che hanno un preciso esordio e un loro andamento nel tempo, con possibilità anche di remissione); il secondo include i *disturbi di personalità* e il *ritardo mentale* (che rappresentano caratteristiche relativamente stabili della personalità); il terzo individua la presenza di una *condizione medica* concomitante al disturbo mentale; il quarto indica i *problemi sociali o ambientali* al momento della diagnosi ed il quinto consiste in una *valutazione globale del funzionamento* che testimonia il grado di disadattamento sociale dato dalla malattia.

L'osservazione dei comportamenti manifesti e delle percezioni coscienti del paziente rappresenta quindi il primo passo verso la *diagnosi psicopatologica descrittiva*. Essa si fonda sulle impressioni percettive di cui il paziente è consapevole e può riferire, sui suoi disturbi, sulle osservazioni da parte del clinico del suo comportamento manifesto (atti, gesti e parole). L'utilità della diagnosi descrittiva consiste proprio nel conformare i pazienti, sulla base dei sintomi presentati, a una categoria diagnostica, e indirizzare gli operatori, su queste basi generali, verso gli interventi farmacologici o di riabilitazione sociale sul paziente, miranti a ristabilire un riadattamento sociale. In una psicoterapia, questo livello può anche comportare interventi di tipo rieducativo, un campo che è stato approfonditamente percorso dai terapeuti ad impronta cognitivo-comportamentale¹⁷³. Questo tipo di diagnosi, tuttavia, corrisponde ai pattern sintoma-

¹⁷² American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. International Version with ICD-10 codes. Washington D.C. Trad. it in *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* - Masson S.p.A. - Milano, 1995.

¹⁷³ Gli psicoterapeuti di indirizzo cognitivo-comportamentale, adottano un punto di vista fondato su una lunga tradizione di ricerca scientifica, che inizia con i primi studi di Pavlov sui riflessi condizionati e prosegue tutt'oggi con migliaia di studi sperimentali. Essi presumono che il "sintomo" sia l'espressione di un precedente apprendimento di schemi comportamentali, emotivi e di pensiero disadattivi, derivanti da peculiari esperienze di vita del paziente, eventualmente mantenuti da un contesto interpersonale patogeno. Il soggetto che li mostra viene pertanto considerato portatore di strutture cognitive non adeguate (convinzioni), o di processi cognitivi inadatti a selezionare e ad elaborare in modo funzionale gli stimoli ambien-

tici e manifesti del comportamento del paziente. La psicoanalisi cerca, come è noto, di comprendere gli aspetti motivazionali (generalmente inconsci) generanti un determinato comportamento (o comunicazione, sintomo, etc.)¹⁷⁴.

Il livello successivo di valutazione delle caratteristiche di personalità del paziente è quello delle *strutture psicologiche interne*¹⁷⁵. Queste sono, come abbiamo visto, il “precipitato” del nostro retaggio familiare, sia temperamentale che esperienziale. La valutazione strutturale di una persona mira infatti a rispondere alle domande: “Come funziona stabilmente questa persona?”, “Come risponde a sollecitazioni destabilizzanti?”. La risposta a queste domande mira a delineare il quadro della *diagnosi strutturale*.

Nella comprensione della diagnosi strutturale del paziente sono due i piani funzionali da indagare del mondo interno del paziente: quello del funzionamento *macrostrutturale* e quello del funzionamento *microstrutturale*. Il primo si rifà alla teoria psicoanalitica classica, in particolare alla *seconda topica freudiana*, ovvero alla teoria strutturale, centrata sui conflitti tra urgenze perentorie del paziente (classicamente attribuibili alle pulsioni dell’Es, ma non solo), alle regole morali che le contrastano (il *Super-io*) e alle esigenze del mondo esterno. Questo schema di riferimento teorico prevede quindi la centralità del *conflitto psicologico* tra le tre grandi macrostrutture che in psicoanalisi vanno sotto il nome di *Io*, *Es* e *Super-io* (a cui, come abbiamo detto, aggiungiamo la quarta macrostruttura degli *ideali* e, in particolare, del *Sé ideale*¹⁷⁶).

Il piano *microstrutturale della diagnosi*, ci riporta invece sul terreno della *famiglia interna*. La *valutazione diagnostica microstrutturale* è quella che accompagna lo psicoanalista nel suo lavoro quotidiano, è il frutto degli strumenti dell’analisi, e principalmente del *transfert* e del *controtransfert*. Si tratta di rilevare, nell’ascolto e nell’osservazione di tutto quello che il paziente dice, percepisce, fa (oppure omette sistematicamente di fare), i derivati delle miriadi di accadimenti relazionali, delle sfumature del modo di relazionarsi, delle risposte che il paziente si attende e del modo in cui reagisce emotivamente alle frustrazioni, ovvero le sue

tali. Lo psicoterapeuta in questo caso può attuare, con l’aiuto del paziente, tecniche di condizionamento (o di desensibilizzazione), al fine di modificare in modo diretto le risposte emozionali e gli schemi che si sono rivelati disadattivi, o sostituirli con nuovi schemi più funzionali, tramite esperienze (es. esposizione a stimoli prima evitati) e/o comportamenti di tipo nuovo (prescrizioni comportamentali, suggerimenti di strategie, etc).

¹⁷⁴ American Psychoanalytic Association (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual. (PDM)*. Trad. It. PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico. 2008. Milano: Raffaello Cortina Editore.

¹⁷⁵ Per *struttura psicologica* si intende una modalità di funzionamento, o una soluzione adattativa, o un certo tipo di abitudine a relazionarsi, che hanno la caratteristica di essere stabili o a lento ritmo di cambiamento.

¹⁷⁶ Sandler, J., Holder, A., & Meers, D. (1963). The ego ideal and the ideal self. *Psychoanal. Study Child*, 18:139-158.

specifiche *microstrutture* relazionali. L'analista progressivamente individua, grazie (e insieme) al paziente, quelle che sono le modalità *invarianti* delle relazioni del paziente, le molte sfaccettature che definiscono il suo *stile* cognitivo e affettivo.

L'assunto di questo capitolo è che questo stile cognitivo e affettivo, che chiamiamo *carattere*, o personalità¹⁷⁷, è la risultante di specifiche e variegata modalità relazionali, avute con tutte le persone importanti e significative di quell'individuo, in seno alla sua famiglia (o propria del contesto in cui è cresciuto). Fra i diversi termini usati in letteratura per specificare le caratteristiche precipue dell'individuo, abbiamo qui privilegiato prevalentemente il termine di *identità* psicologica perché ci sembra riflettere maggiormente la valenza dei processi dello sviluppo. Il termine di *identità* include nelle sue radici linguistiche il significato che la persona si sviluppa mediante processi identificatori (seguendo una tendenza del bambino a duplicare in sé caratteristiche dell'adulto per cercare di imitare un genitore, ad esempio). L'identità personale, tuttavia, come abbiamo già accennato, non è il calco o la mera *brutta copia* delle relazioni di quell'individuo, per come sono avvenute nella sua storia e nella sua realtà, ma essa è anche l'esito delle modificazioni prodotte dai processi della fantasia. Quanto finora affermato non è quindi né particolarmente nuovo, né originale: queste considerazioni riflettono soltanto quanto è stato ampiamente assimilato da ogni psicoanalista che pensi in termini di *relazioni d'oggetto*. Pertanto il concetto di *famiglia interna* non è altro che un altro modo per concettualizzare la teoria delle relazioni d'oggetto. Gli *oggetti interni*, in ogni individuo, possono intendersi come le risultanti di tutte le interazioni, le negoziazioni, le transazioni ed i compromessi relazionali (consci, ma spesso, per la maggior parte, inconsci) che compongono il nostro mondo interno di relazione (esperienziale e non).

OMEOSTASI FAMILIARE E OMEOSTASI INDIVIDUALE

Le relazioni d'oggetto rappresentano quindi i principali stabilizzatori (o regolatori) del nostro equilibrio mentale. I processi operativi per cui le relazioni d'oggetto realizzano il proprio ruolo di regolatori dell'apparato psichico vanno sotto il nome di *attualizzazioni*¹⁷⁸. L'attualizzazione di una relazione d'oggetto

¹⁷⁷ Per *carattere* (che qui assumeremo quale sinonimo di personalità) si intende la sommatoria di tutti i tratti stabili del comportamento relazionale della persona che derivano dall'incontro tra tendenze innate (il temperamento) e le esperienze di vita (tra le quali le prime identificazioni con i propri genitori sono ritenute le più fondanti).

¹⁷⁸ Se l'individuo si avvale di *attualizzazioni rivolte verso l'esterno*, esso cerca di procurarsi delle esperienze percettive dal mondo esterno, attraverso delle tecniche di controllo sull'ambiente (delle persone o delle cose, in genere con il comportamento comunicativo e motorio), che mi-

tende a ripristinare, attraverso una tecnica di controllo delle afferenze percettive, un *sentimento di benessere e sicurezza*, e ristabilire un equilibrio omeostatico dei sentimenti, dopo che questo equilibrio è stato turbato da una sollecitazione destabilizzante. Lo stimolo disturbante può avere un'origine esterna (nel neonato, ad esempio l'assenza dalla madre), oppure interna (un pensiero aggressivo del bimbo verso la madre quando è assente e non lo gratifica). Ecco che, se queste tecniche di controllo delle nostre percezioni hanno successo, grazie a una di queste svariate modalità di attualizzazione, il bambino privilegerà nel tempo quelle soluzioni adattative che si sono dimostrate più efficaci nel proteggere la sua omeostasi affettiva, consolidandole nelle proprie modalità di relazionarsi con il mondo¹⁷⁹. Progressivamente in questo modo l'individuo, che si trova in un costante scambio e regolazione con le figure primarie nell'accudimento, acquisisce una specifica configurazione del proprio Sé, formando così quelli che comunemente chiamiamo *tratti del carattere*¹⁸⁰. Insieme a quella parte della nostra personalità più strettamente legata al nostro patrimonio genetico (il nostro temperamento), questi tratti caratteriali acquisiti con l'esperienza permettono quindi al bambino di interagire con il suo specifico ambiente in un'ottica di *omeostasi dei sentimenti* e di *adattamento intrapsichico*.

rano a modificare gli stimoli percettivi cui è esposto, in misura tale da restituire all'individuo la percezione di un sufficiente sentimento di sicurezza e di un livello minimo di angoscia. Le *attualizzazioni rivolte verso l'esterno* potrebbero essere paragonate a quanto gli psicologi cognitivo-comportamentali chiamano strategie di *coping*. Esempi di attualizzazioni sono tutte quelle azioni finalizzate a una meta relazionale, quali il pianto del neonato per avere la vicinanza della madre, l'afferrare un oggetto morbido di conforto da parte di un bambino, fino a movimenti che esprimono esigenze o desideri decisamente più sofisticati, propri del bambino più grande o dell'adulto, quali la pragmatica del linguaggio, la comunicazione non verbale, e tutti i metodi sottili che (spesso inconsapevolmente) adottiamo al fine di indurre un'altra persona a gratificare le nostre esigenze emotive.

¹⁷⁹ Vi sono poi le *attualizzazioni rivolte verso l'interno* dell'apparato psichico, dove entrano in gioco i meccanismi di difesa o altre soluzioni adattative intrapsichiche (Sandler, 1996). Le difese psicologiche – tutte, dalla rimozione al diniego – non sono di per sé dei meccanismi patologici, ma sono dei meccanismi protettivi che ci aiutano ad affrontare un frangente potenzialmente doloroso. Forme di attualizzazione interna molto comuni consistono nel fantasticare ad occhi aperti o sono rappresentate dal sogno. A volte le attualizzazioni interne possono prendere le forme di soluzioni al confine tra la patologia e la normalità (come nell'attualizzazione illusoria quando, ad esempio, se ci manca una persona che desideriamo, la “vediamo”, la percepiamo, attualizzandola ad esempio in un passante per la strada) o, infine, si esprimono in forme più regredite (come nella attualizzazioni allucinatorie e deliranti della psicosi).

¹⁸⁰ Sandler (1998) sostiene anche che “certi tratti di carattere sembrano essersi sviluppati proprio per evocare nelle altre persone determinate risposte”. [p.86]

Come in ogni situazione di gruppo, ciascun individuo in una famiglia sarebbe costantemente teso tra il proprio *adattamento intrapsichico* (ottenuto mediante attualizzazioni interne) e *l'adattamento psichico interpersonale* (realizzato mediante attualizzazioni esterne)¹⁸¹. In particolare, l'adattamento interpersonale viene ottenuto mediante sottili comunicazioni, trattative inconscie o aperte negoziazioni, dove lo scopo di questo "gioco delle parti" per ciascun membro della famiglia è quello di ottenere dagli altri, mediante delle induzioni di ruolo, un ritorno (nella forma di percezioni) che lo facciano sentire al sicuro, mantenendo il massimo equilibrio disponibile. Queste operazioni psicologiche, rivolte al controllo interno delle percezioni, si svolgono nell'individuo in parallelo a quelle che mirano al controllo esterno (della relazione sociale). Simultaneamente la persona intrattiene più interazioni con i diversi componenti della famiglia. L'intreccio delle interazioni manifeste e latenti di tutti i membri della famiglia determina il particolare *clima relazionale* proprio di quel determinato sistema grupale familiare.

L'IDENTITÀ DI PERCEZIONE ALL'INTERNO DELLE INTERAZIONI FAMILIARI

A seconda dell'adattamento intrapsichico conseguito (a sua volta risultante dalle risoluzioni delle attualizzazioni interne caratteristiche delle fasi critiche dello sviluppo infantile di quello specifico individuo), ciascun membro di una famiglia, a ogni età e a seconda del ruolo familiare di cui è investito (madre, padre, figlio, fratello, nonno, etc.), tenderà di attualizzare anche nei propri rapporti interpersonali con gli altri membri della famiglia (attualizzazione esterna) una relazione sufficientemente gratificante, a un livello compatibile con le proprie esigenze di sicurezza e di sviluppo. Questo avverrà secondo la spinta di ri-esperimentare delle gratificazioni infantili avvenute con successo: lo scopo è quindi quello di ottenere un'identità di percezione^{182, 183}. L'apparato psichico tende a raggiungere l'*identità di percezione* al fine di ritrovare una soluzione adattativa che (nel passato) è risultata efficace in termini di elevare i sentimenti di benessere e sicurezza, e riviverla nella propria percezione attuale. I desideri infantili, che in ciascun soggetto persistono, possono essere consci o inconsci e

¹⁸¹ Bion chiama questi due poli del conflitto grupale, *narcis-ismo* e *social-ismo*.

¹⁸² Freud, S. (1899) *L'interpretazione dei sogni*. OSF vol 3.

¹⁸³ Sandler, J. & Sandler, A.M. (1998a) *Internal objects revisited*. London, Karnac books. Tr. It. Gli oggetti interni. Una rivisitazione. Milano: Franco Angeli. 2002.

in quest'ultimo caso le attualizzazioni possono essere più o meno "mascherate" e razionalizzate. Non va dimenticato che *l'uomo è un animale sociale fondamentalmente irragionevole, costantemente impegnato nello sforzo di apparire razionale*, proprio per celare agli altri (ma anche a se stesso) gli effetti o le conseguenze dei propri desideri atavici più inaccettabili. In questa prospettiva di adattamento interiore ed interpersonale ogni individuo è quindi costantemente soggetto a una tensione, da un lato tra le spinte all'*auto-preservazione*¹⁸⁴ e, dall'altro, tra la necessità di mantenersi in una relazione mutuamente adattativa con le persone significative della sua vita e i loro rappresentanti interni, ossia gli *oggetti interni*.

GLI OGGETTI INTERNI

La psicoanalisi contemporanea si occupa, in un'ottica evolutiva, degli aspetti consci o inconsci delle relazioni e dei conflitti intrapsichici: in questa disciplina, il concetto di "oggetto" è centrale e richiede una ulteriore approfondimento. Freud¹⁸⁵ definiva la *relazione d'oggetto* come quella relazione (con una persona nel mondo esterno) investita dalle pulsioni, o come il prodotto dell'energia pulsionale inibita verso la *meta*¹⁸⁶. In psicoanalisi contemporanea, Sandler¹⁸⁷ sottolinea che nel bambino la relazione oggettuale si definisce sulla base di una *interazione particolare valorizzata* con una persona specifica, usualmente la madre, dove l'oggetto desiderato riveste un ruolo altrettanto importante del soggetto desiderante. Il *valore*, a cui si riferisce Sandler in questo contesto, è l'espressione di una *motivazione* (intesa come la forza generatrice primaria di una azione finalizzata verso una meta). Questa motivazione, in accordo con Freud, può essere una *pulsione* (definita da Freud come il *corrispettivo psicologico di un istinto biologico* innato), come la pulsione sessuale, o le pulsioni aggressive. A differenza da Freud, che riteneva che, in ultima analisi, ogni conflitto si generasse dalle pulsioni, secondo Sandler, *qualsiasi* sollecitazione destabilizzante i sentimenti di sicurezza, ovvero che sovverta le percezioni attese, che incida sul funzionamento delle competenze individuali, o incrinì l'autostima o qualsiasi altro

¹⁸⁴ Anche la ricerca di *autoconsapevolezza* – quindi la ricerca per acquisire coscienza dei propri desideri, affetti, conoscenze e capacità – andrebbe inclusa nelle spinte autopreservative essendo condizionata dalla necessità di proteggere la coscienza da stimoli in eccesso, e quindi, in ultima analisi, dal principio di sicurezza.

¹⁸⁵ Freud, S. (1905) *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF, vol. 4, 441-546.

¹⁸⁶ La *meta* è l'azione necessaria per cercare di raggiungere il proprio oggetto del desiderio: nel rapporto sessuale, la *pulsione* è ovviamente quella libidica, l'*oggetto* della pulsione è il partner sessuale, e la *meta* è l'atto sessuale stesso.

¹⁸⁷ Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35-46.

aspetto della propria *identità*, viene percepita come un'*urgenza perentoria*, *indipendentemente dalla fonte strutturale*, ossia a prescindere dal fatto che il conflitto si generi nell'*Es*, nell'*Super-io* o dall'ambiente esterno. Indipendentemente dal modo in cui si originano, le urgenze fungono poi da motore primario, da propellente per i processi adattivi dell'apparato psichico. In questo senso, esse rappresentano le principali forze motivazionali dei processi di sviluppo, all'interno di quello che la Mahler (1975) ha chiamato *processo di separazione e individuazione*. Il soddisfacimento delle urgenze perentorie del bambino avviene attraverso un continuo scambio di segnali con la madre. Questo dialogo costituisce una parte cruciale dello sviluppo, in quanto si stabilisce in un *milieu*, fatto di ritmo, pause e contorni "melodici", che permettono agli scambi tra madre e bambino di avvenire in un clima di sicurezza. Con il procedere dello sviluppo, l'oggetto esterno (la madre, la persona che più di ogni altra è investita del ruolo di soddisfare questi bisogni affettivi primari) viene internalizzata, ossia entra a far parte delle nostre funzioni mentali, di fatto, diventando, in seguito a reiterato apprendimento, una memoria procedurale, un nostro modo di fare implicito, una risorsa che ci aiuta in momenti di difficoltà. Si stabilisce, in questo modo, la trama per l'incessante dialogo interno, intessuto inconsciamente e che, grazie all'attività della fantasia, gioca un ruolo essenziale nei sogni ad occhi aperti, nei sogni veri e propri, nei sintomi psicopatologici, e specialmente nel nostro abituale comportamento nelle relazioni intime, costituendo l'essenza della nostra identità personale.

L'assunto fondamentale della *teoria delle relazioni oggettuali*, quindi, è rappresentato dal fatto che la natura delle relazioni individuali in ogni momento dipende dal rapporto con i più precoci "elementi funzionali" (gli oggetti interni e la relazione con essi) appresi dal bambino, che costituiscono le matrici della personalità del soggetto. Queste matrici si generano da modelli appresi nei rapporti precoci con le persone dalle quali il bambino dipende fin dalla nascita, in genere per il soddisfacimento dei bisogni fisiologici, psicologici e affettivi primari. Questi modelli procedurali (gli *oggetti interni* nella loro accezione non esperienziale) determinano il modo in cui il bambino conduce le relazioni con le persone, e le rispettive rappresentazioni (gli *oggetti* della relazione, nella loro accezione esperienziale), codificate internamente alla memoria del soggetto. Le proprietà di questi modelli si possono desumere dai modi di vivere del soggetto, dalle reazioni evocate da queste relazioni quando si presentano nella realtà esterna, attraverso tutto il corso dello sviluppo. Queste matrici hanno un'influenza diretta e predominante sul modo di relazionarsi: possiamo supporre che esista una coerenza costante, anche se dinamica, tra (a) il modo in cui il bambino percepisce e fa esperienza del suo mondo, di se stesso e degli altri; (b) il modo in cui egli fa uso delle sue capacità e risorse nelle interazioni con altri individui aventi caratteristiche diverse di personalità; (c) il modo in cui si impegna nelle proprie attività, nel gioco prima, nel lavoro e nel tempo libero

poi, negli interessi e negli svaghi, e così via; e, fatto ancora più importante, (d) il modo in cui rimangono strutturate nella personalità queste particolari relazioni, siano esse adattive o disadattive. Tutte queste modalità di mettersi in relazione con l'ambiente portano delle tracce di questi modelli profondamente radicati nelle prime e più primitive relazioni del bambino.

LA CRESCITA PSICOLOGICA E LA RINUNCIA AL PRINCIPIO DEL PIACERE

Nel corso della sua crescita, precocemente, il bambino impara che certe soluzioni adattive che gli sono servite nella prima infanzia, non sono più accettabili nel periodo successivo. Tuttavia queste procedure infantili, sono diventate parte di noi e pertanto persistono anche nelle età successive. Questo modo di esprimere cosa vogliamo (e come vogliamo essere trattati) sono stati assimilati nel nostro Sé e nel nostro carattere. E tutto ciò è avvenuto in modo non molto diverso da come abbiamo imparato a prediligere determinati cibi, ad apprezzare il loro gusto e profumo, oppure da come siamo stati in grado di sviluppare una predisposizione a un particolare gioco o un'attitudine a un particolare sport.

Per il bambino più grande queste matrici derivate da plurime esperienze sono quindi gli "oggetti interni", e in quanto "matrici", esse sono per lo più immutabili. Crescendo, tuttavia, entrando sempre di più in contatto con il mondo degli adulti, il bambino percepisce che queste matrici infantili forniscono delle soluzioni adattive che non sono più accettabili, almeno nella loro configurazione originaria: i desideri perentori infantili permangono nel bambino più grande ma vengono camuffati (razionalizzati, convertiti, e mascherati in qualche maniera) per essere accettabili dagli adulti e dal contesto sociale e familiare del bambino, e in ultima analisi, anche da se stesso¹⁸⁸. Queste soluzioni adattive relazionali adottate sin dalla prima infanzia permangono nell'adulto a volte in forme estremamente poco riconoscibili ad un osservatore esterno, pur continuando ad esercitare un ruolo sottile e sotterraneo negli adattamenti intrapsichici e, nella famiglia, a determinare l'equilibrio familiare.

In un'ottica psicoanalitica di adattamento interpersonale (mediante le *attualizzazioni rivolte verso l'esterno*, o *induzioni di ruolo*), ciascuno dei membri della famiglia "negozierà" tacitamente e inconsapevolmente con gli altri, tentando di "indurre" negli altri, mediante ripetuti scambi di relazione, quelle determinate "risposte" di cui ha bisogno. I membri di una famiglia usualmente fanno quindi, delle "transazioni" e degli "accordi", per lo più inconsci, riguardo a tali risposte di ruolo, cosicché ciascuno alla fine otterrà la maggiore gratificazione possi-

¹⁸⁸ Questo perché nell'iniziale confusione presente nel bambino tra Sé e oggetto, tutto quello che avviene all'oggetto, o in rapporto con gli oggetti interni, avviene anche al Sé.

bile di un proprio desiderio (relativo ad un oggetto interno, e secondo un'identità di percezione), in cambio di determinate concessioni. Si ottiene così, nella famiglia, una specie di equilibrio tra conflitti intrapsichici individuali e distribuzione dei ruoli interpersonali richiesti a ciascuno, una specie di *tregua* dai conflitti, basata su un condiviso e sufficiente senso di sicurezza.

OGGETTI INTERNI QUALI MEMORIE IMPLICITE

Sempre secondo Sandler¹⁸⁹

“Gli oggetti interni, creati sulla base della fantasia infantile, possono essere radicalmente diversi, per aspetti significativi, dall'esperienza internalizzata degli oggetti dell'infanzia dell'individuo. Abbiamo un doppio livello di esperienze soggettive nella formazione delle relazioni oggettuali interne: da una parte, le esperienze infantili della realtà esterna, in particolare della interazione reale dei genitori o altre figure genitoriali; dall'altra parte, le produzioni di fantasie, conscie o inconscie, come si sono sviluppate difensivamente, negli anni cruciali dell'infanzia. Reciprocamente, la relazione d'oggetto interna, quale esiste nel mondo non esperienziale, influenza il contenuto dell'esperienza soggettiva, conscia o inconscia del bambino, quale che sia la forma che quell'esperienza può assumere. [...] Alla luce di tutto questo, sembra del tutto appropriato delimitare il significato del termine “oggetti interni” per denotare le strutture psicologiche specifiche collocate al di fuori dell'esperienza soggettiva [non sono quindi esperibili né coscientemente né inconsciamente] e, non usarlo per le rappresentazioni esperienziali, conscie o inconscie del Sé e degli oggetti. Questo punto di vista è diverso da quello kleiniano che non fa alcuna distinzione fra ambito esperienziale e ambito non esperienziale. (Possiamo considerare le strutture che costituiscono gli oggetti interni e le relazioni oggettuali interne come basate su ricordi e organizzazioni “impliciti” o “procedurali” investiti affettivamente) [p.145]

Lo sviluppo di diverse modalità di memoria¹⁹⁰, ossia di molteplici “riscritture” stratificate della propria autobiografia personale e familiare, è anche strettamente correlato alla modalità in cui matura l'apparato cerebrale del bambino. La neuropsicologia distingue una memoria esplicita (o semantica) che ci permette di capire il significato, di riconoscere un determinato *pattern* di stimoli che ci giungono ai sensi dal mondo esterno, creando delle *categorie* generali da una

¹⁸⁹ In: Sandler & Sandrel (1998°).

¹⁹⁰ Freud, S. (1887-1904) Epistolari. Lettere a Wilhelm Fliess. Torino: Bollati Boringhieri. Freud in una di queste lettere (6 dicembre 1896) scriveva, riferendosi alla strutturazione della memoria: «sto lavorando all'ipotesi che il nostro meccanismo psichico si sia formato mediante un processo di stratificazione: il materiale di tracce mnestiche esistente è di tanto in tanto sottoposto a una risistemazione in base a nuove relazioni, a una sorta di riscrittura. La novità essenziale della mia teoria sta dunque nella tesi che la memoria non sia presente in forma univoca, ma molteplice, e venga fissata in diversi tipi di segni». [p. 236]

determinata serie di dati pervenuti dalla realtà. Questo tipo di memoria esplicita (o semantica) richiede per lo più l'impegno delle regioni corticali più evolute del cervello del bambino nell'apprendimento dei fondamenti del comportamento e del modo di relazionarsi con il mondo. Presto, tuttavia, e in modo anche più precoce, si sviluppa nel Sistema Nervoso del bambino, una specie di "pilota automatico" che, una volta appresa la "rotta", permette al bambino di economizzare gli sforzi cognitivi e di apprendere altri compiti senza dover pensare a ogni dettaglio. Inizialmente, i processi di apprendimento sono quindi di carattere *bottom-up*: si strutturano in sistemi di memoria che sono "istruiti" dagli stimoli che giungono dal "basso" (*bottom*), ossia dalla periferia degli organi di ricezione degli stimoli, e si portano su (*up*) ai centri di elaborazione più sofisticati. Questo è proprio il sistema delle memorie implicite o procedurali che si organizza principalmente all'interno di strutture cerebrali più antiche e che entrano precocemente in funzione durante lo sviluppo.

Sono queste memorie implicite, incisesi durante il periodo infantile, che persistono e costituiscono il "pilota automatico" sempre pronto a entrare in funzione (ora con meccanismo *top-down*, ossia a partire dalle strutture più sofisticate e già "istruite", poste più "in cima" - *top* - per esercitare il loro controllo giù - *down* - alla periferia degli organi effettori dell'azione). Queste memorie, al livello più complesso della regolazione delle relazioni affettive, si riferiscono tuttavia ad un periodo della vita, quello infantile, dove i giochi, le fantasie e i desideri, non sempre si conciliano con quanto richiesto dai genitori o dall'ambiente sociale, e pertanto sono stati ripetutamente inibiti tramite rimproveri, o da giudizi: il bambino teme di essere ridicolizzato, di fare la figura dello sciocco se continua a comportarsi come un bambino piccolo. Si insinua nel bambino il sentimento della *vergogna*. Queste esperienze precoci sono alla base di gran parte delle inibizioni e delle *censure* del comportamento che osserviamo nel bambino più grande e, in quanto espressione di esigenze, desideri egocentrati, o di necessità infantili non soddisfatte, diventano poi fonte di sentimenti spiacevoli che vanno dall'imbarazzo, alla vergogna, fino alla profonda umiliazione anche nell'adulto. Questi sentimenti spesso non sono proporzionati a quanto effettivamente è stato rimproverato al bambino dai propri genitori.

Sandler ha chiamato questo insieme di memorie basate su reiterati scambi relazionali, il nostro "*Inconscio Passato*" che egli concepisce come un insieme di *matrici dinamiche*, cioè di organizzazioni strutturanti che formano la base per le spinte e le risposte inconsce immediate del *qui e ora* del bambino più grande e dell'adulto. Da un punto di vista dello stile cognitivo, il concetto di *oggetto interno* prende quindi forma come una *matrice dinamica*, un elemento dell'ambito non esperienziale, e può essere posto in analogia (ma non equiparato) a quello che gli psicologi cognitivi chiamano *memoria implicita* o *procedurale*.

Già Freud¹⁹¹ nel 1908 rilevava l'esistenza di fantasie, miti, e leggende presenti all'interno della famiglia, che potevano essere anche tramandate di generazione in generazione, in modo esplicito o implicito, a tutti i componenti della famiglia. Egli sosteneva che vi fosse in ogni famiglia, un retaggio specifico di narrazioni interne, o fantasie universali, quali quella di essere un figlio adottato, che giustificassero al bambino, lo scollamento tra le fantasie e la realtà. Tutti questi elementi compongono le narrazioni del cosiddetto *romanzo familiare*¹⁹²: la trama del romanzo familiare è data da un fine intreccio tra la realtà biografica e la fantasia del singolo individuo, pertanto la "storia della famiglia" può essere drasticamente diversa a seconda di chi la racconta e dalla versione pubblica condivisa da tutti i componenti della famiglia. Il *romanzo familiare* si viene a integrare nel concetto di *famiglia interna*, e rappresenta, forse, nella metapsicologia freudiana, un punto dove egli di più ha anticipato quella che è stata poi la teorizzazione delle relazioni oggettuali.

Le "nozioni e sensazioni", in parte cosce, in parte inconscie, apprese precocemente dai rapporti familiari, contribuiscono nello sviluppo del bambino a formare una coerente immagine di sé, dei propri introietti, oltre che la propria coscienza morale e gli ideali del bambino. Tutto quello che poi si strutturerà, e si consoliderà, come specifico *carattere* dell'individuo¹⁹³. Lo sviluppo dell'identità individuale si basa quindi sulle precoci identificazioni del bambino con i propri genitori e altri componenti familiari reali (famiglia esterna). Queste esperienze identificatorie del bambino si basano tuttavia anche sulle stesse rappresentazioni oggettuali distorte dalle urgenze perentorie provenienti dalla sfera affettiva (dipendendo dalle complesse interazioni tra mondo esterno e mondo interno, ad esempio, quelle tra gli istinti e il temperamento, o tra le funzioni emotive di base, e gli aspetti etici, sociali, con il perseguimento degli ideali). A queste precoci modalità di identificazione attribuiamo la costituzione di quelli che in psicoanalisi si chiamano gli oggetti interni e che qui denominiamo "*famiglia interna*".

La strutturazione dell'identità del bambino procede quindi su più piani paralleli, sulla spinta del principio di realtà, in modo sempre più corrispondente alle richieste del mondo esterno e della realtà sociale dell'individuo. Progres-

¹⁹¹ Freud, S. (1908) *Il romanzo familiare dei nevrotici*. OSF, 5, 467-474.

¹⁹² Freud definiva il *romanzo familiare* come una fantasia universale riguardante le proprie origini illegittime, ovvero di essere adottato, o di essere stato sostituito nella culla ed essere finito nella famiglia sbagliata dopo la nascita, con tutte le possibili varianti che potevano poi originare a proposito della fantasticata "vera" famiglia di origine.

¹⁹³ Per *introietto* intendiamo un costrutto interno rappresentativo di un oggetto esterno, le cui caratteristiche finali derivano dalle modificazioni inconscie intercorse nella prima infanzia.

sivamente, gli aspetti coscienti dell'individuo avranno la tendenza a conformarsi ad una concezione di *famiglia esterna* (l'idea cosciente di quello che la famiglia si aspetta da ciascun membro); in tutte le fasi dello sviluppo, tuttavia, persisteranno le soluzioni adattive infantili (in ogni componente della famiglia), accanto ad ogni tipo possibile di distorsione inconscia dei desideri della prima infanzia, ora diventati inesprimibili o non più gratificabili. In questo modo, l'influsso della famiglia interna, generatasi nei primi anni di vita del bambino, continuerà a permeare tutto il ciclo di vita dell'individuo e della famiglia.

BENESSERE E SICUREZZA

Strettamente correlata ai processi che portano alla gestione e alla tolleranza delle esperienze di conflitto e di dolore del bambino nel mondo relazionale della famiglia troviamo i concetti di benessere e di sicurezza¹⁹⁴. L'ottenimento di un sufficiente stato di benessere e di sicurezza passa attraverso la tolleranza del dolore. Per l'apparato psichico, una sofferenza anche solo potenziale in una situazione conflittuale, può derivare dal timore di perdere il controllo sulla propria persona (per estensione, a sentire minacciata la propria integrità psicologica); questo movimento destabilizzante si traduce quindi in una *tensione strutturale*, che fenomenicamente l'individuo sperimenta come *ansia*, il principale

¹⁹⁴ Il *sentimento di benessere*, come dice il termine stesso, è collegato allo *stare bene in senso affettivo*. Deriva cioè da una "ricognizione" del proprio funzionamento psichico attuata dai sistemi di elaborazione affettiva, deputati alla verifica dello stato soggettivo interno, dove al *Sé attuale* viene attribuito un valore in termini di emozioni e sentimenti. Il sentimento di benessere appare quindi maggiormente legato al principio del piacere/dispiacere e deriverebbe da una valutazione momentanea di una *gestalt* affettiva: in questo senso rifletterebbe la situazione affettiva, attimo per attimo, segnalando le possibili modificazioni secondo una *modalità fasica* (ossia in grado di rilevare minime modificazione nel breve termine). Il *sentimento di sicurezza* è invece legato ai processi percettivi i quali, essendo rivolti sia verso l'esterno, sia verso l'interno, richiedono elaborazioni di maggiore integrazione, dove ad esempio avviene una costante verifica della corrispondenza tra un determinato funzionamento (o aspettativa di funzionamento) e la percezione della situazione effettiva. Il senso di sicurezza si basa quindi su processi di *confronto percettivo*: Sandler (in Joffe e Sandler, 1967) attribuisce alle rappresentazioni del Sé che acquisiscono un significativo valore affettivo per il soggetto, e che danno benessere, delle qualità che sono momentanee, sfuggenti ed estremamente mutevoli, e le compara ai sentimenti di sicurezza che, per quanto anch'essi sempre a rischio di destabilizzazione, si caratterizzano per la loro funzione stabilizzatrice, e quindi con un'attribuzione di valore affettivo più continuativo e duraturo. In questo senso, i sentimenti di sicurezza ci informano delle possibili modificazioni dell'omeostasi affettiva di tipo *tonico* (ossia in grado di rilevare minime modificazioni nel medio - lungo termine). In conclusione, i sentimenti di benessere e di sicurezza si differenziano per (1) il fattore temporale (dove i sentimenti di sicurezza tendono a essere più duraturi e stabili nel tempo del benessere), (2) per il grado di complessità elaborativa (dove i sentimenti di sicurezza implicano processi di confronto più complessi di quelli coinvolti nella regolazione dei sentimenti di benessere).

agente motivante a disposizione dell'Io per trovare un rimedio e riacquisire una situazione adattativa più sicura. Freud ha evidenziato che l'attività psichica è volta a raggiungere il soddisfacimento di un desiderio e, ci ha indicato che tale soddisfacimento si raggiunge attraverso un'*identità di percezione*, dove il soggetto ricerca attivamente tra un repertorio di esperienze gratificanti dell'infanzia, impresse nella forma di matrici mnestiche procedurali. Sandler ha dimostrato che spesso tale gratificazione avviene anche attraverso *relazioni di ruolo* (dove il soggetto cerca nel mondo esterno un oggetto che corrisponda a un'aspettativa interna, a una sua fantasia). Il reperimento di queste relazioni di ruolo permette al soggetto di rivivere la percezione di esperienze relazionali che hanno permesso di ristabilire uno stato noto di sicurezza, e allontanare da sé, quanto più possibile, la percezione delle temute esperienze pericolose, dolorose o disgregative. Il concetto fondamentale di *identità di percezione* si fonda su questo sforzo¹⁹⁵.

Freud a questo proposito dice in un citatissimo passaggio dal VII capitolo dell'*Interpretazione dei sogni*:

“Sappiamo che l'apparato [psichico] tendeva in un primo momento a mantenersi il più possibile esente da stimoli; esso aveva perciò, nel suo primo assetto, lo schema di un apparato riflesso, che gli consentiva di allontanare rapidamente per via motoria un eccitamento sensitivo proveniente dall'esterno. Ma l'urgenza vitale turba questa semplice funzione; ed è ad essa che l'apparato deve anche l'impulso a un ulteriore sviluppo. Questa urgenza gli si presenta in un primo tempo nella forma dei grandi bisogni fisici. L'eccitamento prodotto dal bisogno interno cercherà uno sfogo nella motilità, che si potrà definire “mutamento interno” o “espressione del moto d'animo”. Il bambino affamato, senza aiuto, griderà o si agiterà. Ma la situazione rimarrà invariata, perché l'eccitamento proveniente dal bisogno interno non corrisponde a una forza che colpisce momentaneamente, bensì a una forza che agisce di continuo. Può esserci un cambiamento quando, in un modo qualsiasi, nel bambino per l'aiuto di altre persone, si effettua l'esperienza di soddisfacimento, che sospende dello stimolo interno. Componente essenziale di questa esperienza vissuta è la comparsa di una determinata percezione (l'alimento, nell'esempio dato), la cui immagine mnestica rimane d'ora in poi associata alla traccia mnestica dell'eccitamento di bisogno. Appena questo bisogno ricompare una seconda volta, si avrà, grazie al collegamento stabilito, un moto psichico che intende reinvestire l'immagine mnestica corrispondente a quella percezione, e di provocare la percezione stessa; intende dunque, in fondo, ricostruire la situazione del primo soddisfacimento. È un moto di questo tipo che chiamiamo desiderio; la ricomparsa della percezione è l'appagamento del desiderio e l'investimento pieno della percezione, a partire dall'eccitamento di bisogno, è la via più breve verso l'appagamento di desiderio. Nulla ci impedisce di ammettere uno stato primitivo dell'apparato psichico, nel quale questa via avviene realmente percorsa in questo modo e l'atto del desiderio sfocia quindi in un'allucinazione. Questa

¹⁹⁵ Freud ne parla nella *Traumdeutung*, del 1899, ma poi non approfondirà l'argomento, che, come è noto, verrà ripreso da Sandler.

prima attività psichica mira dunque a un'identità di percezione, vale a dire alla ripetizione della percezione che è collegata col soddisfacimento del bisogno.

Un'amara esperienza vitale deve aver modificato questa primitiva attività mentale in un'attività più funzionale, secondaria. La produzione dell'identità di percezione per la via breve, regressiva, all'interno dell'apparato, non implica in un altro punto la conseguenza che si ha con l'investimento della stessa percezione dall'esterno. Non c'è soddisfacimento, il bisogno perdura. Per equiparare l'investimento interno a quello esterno, occorrerebbe che il primo venisse conservato senza interruzione come si verifica realmente nelle psicosi allucinatorie e nelle fantasie da fame, la cui attività psichica si esaurisce nell'atto di tener fermo l'oggetto desiderato. Per raggiungere un impiego più conveniente della forza psichica, diventa necessario impedire la regressione completa, in modo che essa non oltrepassi l'immagine mnestica e posta da qui ricercare altre vie, che alla fine permettono di stabilire la desiderata identità percettiva, a partire dal mondo esterno.

Quest'impedimento, al pari della successiva deviazione dall'eccitamento, diventa compito di un secondo sistema che domina la motilità volontaria, vale a dire che incorpora nella propria attività l'impiego della motilità per scopi precedentemente ricordati. Ma tutta la complessa attività di pensiero, che si svolge dall'immagine mnestica fino alla produzione dell'identità di percezione attraverso il mondo esterno, non rappresenta che una via indiretta, resa necessaria dall'esperienza, per giungere all'appagamento di desiderio. Infatti il pensiero non è altro che il surrogato del desiderio allucinatorio ed è ovvio [...], dato che nulla, all'infuori di un desiderio, è in grado di mettere in moto il nostro apparato psichico.”¹⁹⁶

Il bambino (e l'individuo nel corso di tutto resto della sua vita) mira a raggiungere ed a ripristinare, attraverso lo sforzo di far combaciare, per mezzo dell'identità di percezione, le esperienze percettive derivate dalle soluzioni adattative dei primi anni di vita. In questo senso, potremmo anche dire che, quotidianamente, *ogni individuo compie incessantemente lo sforzo di adattare se stesso e la realtà circostante alle proprie fantasie inconsce*. Per avere una rappresentazione di che cosa possono essere le fantasie inconsce possiamo pensare che abbiano le stesse qualità delle narrazioni interne dei sogni. Mentre l'alterazione dell'esame di realtà, presente nel momento in cui si sogna, fa sì che la fantasia occupi completamente il campo della coscienza della persona dormiente, nella veglia, tali fantasie sono inibite e al di sotto della soglia cosciente, in quanto sono dominate dalla funzione dell'esame di realtà. A seconda se le inseriamo nell'ambito esperienziale (Inconscio presente), oppure nell'ambito non esperienziale (Inconscio passato), potremmo rispettivamente immaginare le fantasie inconsce o come rappresentazioni che fluiscono parallelamente ai nostri pensieri coscienti della veglia, oppure come “dispositivi pronti a scattare” ogni qualvolta l'individuo percepisca uno stimolo che li attivi. In questo ultimo senso, le fantasie inconsce possono essere concettualizzabili alla luce delle più recenti teorie psicoanaliti-

¹⁹⁶ Freud, S. (1899) *L'interpretazione dei sogni*. OSF vol. 3. Pp. 515-517.

che e neuroscientifiche come *insiemi complessi stratificati di funzionamenti stabili non esperienziali*.

Mark Solms¹⁹⁷ in un bell'articolo sulle fantasie inconse sottolinea questo aspetto:

Esistono veramente le fantasie inconse? Bene, sì e no. Sì, in quanto esse effettivamente esistono realmente nel senso che sono (più o meno plausibili) descrizioni delle cose che effettivamente costituiscono i funzionamenti interni della nostra mente, e che effettivamente causano la nostra capacità di pensare e sentire i nostri pensieri e sentimenti consci. In questo senso sono cose altrettanto reali quanto le onde e le energie che i fisici ci dicono causare il comportamento della materia, quando, ad esempio, le diamo un calcio, la mandiamo in ebollizione o la mandiamo a velocità rapidissima nello spazio profondo. Ma potremmo dire che le fantasie inconse anche non esistono, nel senso che non potremo mai percepirle direttamente. Esse non sono fenomenologicamente reali. Esse sono (e possono essere solo) delle inferenze su ciò che realmente giace dietro l'involucro della consapevolezza cosciente. In modo significativo, da questo punto di vista, inoltre, le fantasie inconse non sono diverse dalle onde e dalle energie dei fisici. L'unica differenza effettiva con queste è [...] che le percezioni consce che derivano dalle fantasie inconse non possono essere in alcun modo verificate da un esame oggettivamente e pubblicamente condivisibile. Questo è semplicemente dovuto all'organizzazione strutturale delle diverse modalità percettive, che porta al fatto che la nostra esperienza soggettiva personale sarà sempre soltanto personale e soggettiva. Da questo punto di vista i tentativi scientifici per descrivere i funzionamenti interni della mente da un punto di vista soggettivo psichico non potranno mai essere convincenti quanto le descrizioni oggettive sull'organizzazione materiale dei tessuti del cervello. Tuttavia, [...] l'approccio introspettivo ha il vantaggio significativo di osservare quelle cose che succedono dentro di noi dallo stesso punto di vista dei nostri pazienti. I nostri pazienti collocano la loro sofferenza inserita nelle narrazioni della loro esperienza soggettiva. [...] Questa è il più grande pregio del concetto di fantasia inconsa: rende esplicite le cause delle sofferenze dei nostri pazienti in un linguaggio con cui i pazienti stessi possono identificarsi e perciò rende pensabile l'impensabile.

Le relazioni oggettuali non sono in questo senso né consce né inconse: sono strutture non esperienziali e quindi impensabili. Gli oggetti interni riferiti alla dimensione non esperienziale, improntano la formazione delle fantasie inconse, che appartengono alla dimensione fenomenica.

¹⁹⁷ Solms, M. (2003) Do unconscious fantasies really exist? In Steiner R. (Ed.), *Unconscious Phantasy*. London: Karnac Books. Pp. 89-105.

“Nessuna ‘struttura psicologica’ va mai persa [e] strutture evolutivamente più tardive svolgono [...] la funzione di inibire strutture precoci”¹⁹⁸. Il bambino imparerà a proteggersi da ogni situazione di dolore (cioè da ogni esperienza che si discosta significativamente da quanto egli ha saputo padroneggiare mediante le soluzioni adattative apprese), consolidando quanto gli ha permesso di acquisire sufficienti e stabili sentimenti di sicurezza e benessere. Tali soluzioni relazionali tenderanno poi a stratificarsi e a permanere nella dotazione adattiva del bambino, andando a costituire i tratti di personalità. In questo senso il nostro carattere può essere visto come la risultante dell’incontro tra lo stile cognitivo e affettivo della persona con le difese prevalenti dell’individuo. La persistenza di queste strutture non pregiudica che, nello sviluppo e nei processi di individuazione, si possano sommare nuove soluzioni adattive, o nuove modalità relazionali, che, se conflittuali con quelle precedenti, portano l’apparato psichico a inibire le soluzioni adattive più precoci. La regolazione dell’apparato psichico in risposta a sollecitazioni potenzialmente traumatiche richiede quindi l’utilizzo di meccanismi di carattere inibitorio, ove la risposta più primitiva viene inibita a scopo adattivo per privilegiare una soluzione adattive più sofisticata ed efficace.

La minaccia per l’integrità dell’individuo, come abbiamo visto, può provenire sia dall’interno del soggetto (mondo interno), sia dal lato della coscienza rivolto verso l’esterno (dal mondo esterno). Il dolore psichico – o sofferenza psichica – può assumere varie forme e sfumature, sempre comunque contestualizzate in un’esperienza relazionale: il dolore prettamente psicologico può consistere in quelle che chiamiamo esperienze di *vergogna*, di *colpa*, di *umiliazione*, o sentimenti di *inferiorità*: tutti sentimenti che si inseriscono in un rapporto (ci si vergogna di...; ci si sente in colpa verso...; si è umiliati da...; ci si sente inferiori a...) ¹⁹⁹. Tutte queste sensazioni dolorose possono essere evitate o modificate mediante meccanismi adattativi o difensivi che si rivolgono, appunto, all’interno o all’esterno della percezione soggettiva. Tra i meccanismi adattivi, di attualizzazione, rivolti verso l’interno, sono da annoverare sostanzialmente i *meccanismi di difesa* (per una esposizione più dettagliata si veda il capitolo 8), evidenziati prima da Freud e poi, in particolare, da sua figlia Anna Freud. Altre modalità di

¹⁹⁸ Sandler, J. & Joffe, W.G. (1967) The tendency of persistence in psychological function and development, with special reference to fixation and regression. *Bullettin of the Menninger Clinic*, 31, 257-271.

¹⁹⁹ In questo senso, potremmo dire che probabilmente non è possibile percepire il *dolore psichico* “allo stato puro”, ovvero come esperienza grezza. Anche il dolore fisico è in fondo un’esperienza psicologica, in cui gioca un ruolo importante la relazione con la rappresentazione mentale del proprio corpo, e ancora di più con l’aspettativa di un corpo integro e ben funzionante a confronto con un corpo lesionato in misura maggiore o minore.

attualizzazione possono essere: (a) la attualizzazione simbolica, (a) la attualizzazione onirica, (c) l'attualizzazione illusoria, (d) la attualizzazione mediante sogni ad occhi aperti, (e) l'attualizzazione mediante fantasie inconscie e (f) l'attualizzazione allucinatoria. Parlando delle *tecniche di controllo della percezione*, nel Capitolo 5, abbiamo accennato al fatto che esistono anche modalità adattive e difensive di attualizzazione che agiscono sul mondo esterno o, si potrebbe dire, che utilizzano *a scopi adattativi interni* il mondo esterno. Essa si basa su tentativi di manipolazione inconscia degli oggetti esterni, ovvero delle persone, che diventano, attraverso meccanismi di identificazione e proiezione²⁰⁰, dei rappresentanti esternalizzati degli oggetti interni: questi processi interpersonali vanno sotto il nome di *induzione e responsività di ruolo*.

La modalità adattativa più sana dell'individuo è data dal *differimento della gratificazione*. L'adattamento dei propri desideri secondo una modalità differita implica un esame della realtà coerente, la sopportazione della frustrazione (e del dolore che questa comporta), l'affrontare il cambiamento (interno ed esterno), l'elaborazione del lutto rispetto a obiettivi irraggiungibili dal Sé ideale. Tutte questi processi intrapsichici dell'individuo sostanzialmente comportano una modificazione permanente della *famiglia interna*.

L'INDUZIONE DI RUOLO NELLA FAMIGLIA

L'*induzione di ruolo* rappresenta un esempio di attualizzazione verso l'esterno, e può essere considerata la principale tecnica di controllo delle percezioni nei rapporti con gli altri. Il concetto clinico di *induzione di ruolo*, introdotto da Joseph Sandler, è estremamente importante anche per quanto riguarda la diagnosi individuale e familiare²⁰¹. L'individuo attualizza, cioè rivifica alla propria percezione, quelle relazioni interne che ha sperimentato nel corso del suo sviluppo come rassicuranti, e lo fa mediante delle induzioni di ruolo.²⁰² Queste soluzioni relazionali adattative, se ripetutamente coronate da successo, diventano fondamentali nella strutturazione del carattere. La relazione di ruolo è quindi, nell'ambito delle relazioni umane, e ancora di più nell'ambito della relazione terapeuta-paziente, l'elemento alla base del *transfert* e del *controtransfert*²⁰³.

²⁰⁰ E a volte in una combinazione di questi processi primari in un processo che va sotto il nome di *identificazione proiettiva* (si veda Klein, 1946 e Sandler, 1987 e il Capitolo 7 di questo testo).

²⁰¹ Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness., *Int. Rev. Psychoanal.*, 3:43-48.

²⁰² Ricordiamo che rassicurante, non vuol dire per forza piacevole, esattamente come i sentimenti di sicurezza non coincidono con i sentimenti di benessere.

²⁰³ Nel *controtrasfert* l'induzione della relazione di ruolo da parte del paziente mira a ottenere tramite le risposte del terapeuta il ripristino di significative modalità relazionali di funzionamento dell'individuo.

L'analisi e la comprensione di queste induzioni (da parte del paziente) e risposte di ruolo (da parte dell'analista) diviene così il principale compito della terapia psicoanalitica.

All'interno delle relazioni di ruolo familiari vi sono costantemente delle induzioni di ruolo, che prendono la forma di riaggiustamenti tra le relazioni, fra i genitori e i figli, oppure tra i genitori dopo la nascita di un nuovo bambino. In sostanza ogni membro chiede di ottenere una risposta comportamentale da parte di un altro membro della famiglia per ottenere, attraverso l'identità di percezione, una particolare relazione che confermi all'individuo il proprio ruolo all'interno di quella famiglia. La conferma per ogni individuo è di carattere narcisistico, dove ciascuno dei membri della famiglia cerca di vedere realizzati i propri ideali, indipendentemente da quanto realistici essi siano. Lo sforzo interpersonale di indurre un ruolo può avere diversi destini: (1) esso può riuscire, cioè la persona che ha cercato di indurre in un'altra uno specifico ruolo ottiene la risposta rassicurante attesa dal suo interlocutore, e in tal modo, l'equilibrio viene mantenuto attraverso il ripristino di una situazione conservativa, indipendentemente dal fatto che sia una relazione promuovente lo sviluppo o anti-evolutiva. A volte, (2) vi può essere una realizzazione parziale o distorta dell'induzione di ruolo. Altre volte, (3) questo lavoro di induzione di ruolo può fallire portando a un abbandono della relazione. Il fallimento o il successo di un lavoro induttivo dipende dalla responsività dell'oggetto dell'induzione, e in una famiglia, da come risponde ciascun membro. Ciascun componente può rigettare, ignorare, difendersi, accettare parzialmente o accogliere totalmente un'induzione di un particolare ruolo da parte di un altro familiare. All'interno di una famiglia, quindi, le relazioni di ruolo possono essere per tutti soddisfacenti, oppure provocare attriti, conflitti o angoscia. È bene ricordare che una diminuzione del senso di sicurezza familiare non corrisponde inequivocabilmente a una situazione di patologia, e analogamente la "pace" familiare (l'assenza di conflitti) non sempre è sinonimo di salute psichica della famiglia. Particolari situazioni di crisi esistenziale di un suo componente possono infatti dipendere dall'emergere di spinte fisiologiche ed evolutive (quali ad esempio le spinte alla differenziazione e individuazione dell'adolescenza), e le relazioni di ruolo fino a quel momento soddisfacenti possono destabilizzarsi. Ogni componente della famiglia incomincia a risentire del timore del cambiamento, e le spinte verso la propria individuazione dell'adolescente vengono percepite dal gruppo familiare come una minaccia all'ordine precostituito. A questo punto il sistema familiare può rispondere con un irrigidimento delle modalità difensive, intensificando in forma ancora più rigida le relazioni di ruolo abituali e precedenti, messe in crisi dall'individuo in questione.

Questi momenti critici possono emergere in qualsiasi momento del ciclo di vita della famiglia, tuttavia tipiche sono le crisi di individuazione e separazione del periodo prescolare e scolare, dell'adolescenza, della crisi di mezza età, nella

donna del periodo della menopausa e, in entrambi i sessi, del pensionamento. Infatti, tutte queste *prove di vita* impongono degli importanti cambiamenti all'individuo che li attraversa e a chi gli sta intorno. L'irrigidimento delle relazioni di ruolo, quale risposta al senso di fragilità percepito dal gruppo familiare, comporta, per l'individuo che segnala la crisi, l'instaurarsi di un circolo vizioso: divenuto il "paziente designato", in risposta all'irrigidimento "reazionario" della *famiglia esterna*, il componente della famiglia in crisi si trova, proprio perché membro di quella famiglia, a fronteggiare il conflitto tra le proprie spinte evolutive e quelle conservative della *famiglia interna*. Il conflitto diviene così intrapsichico, attivando l'inasprimento delle difese, della sintomatologia, della rabbia, dei sintomi psichici o fisici che poi trasmetteranno il disagio a tutta la famiglia. Questa situazione manifesta si tende a perpetuare proprio perché essa comporta la riattivazione, in reazione alla crisi evolutiva, di una specifica costellazione di oggetti interni che mirano al ripristino dell'equilibrio emotivo, secondo le modalità più note e consuete. L'esito auspicabile è che tutti i componenti della famiglia riescano a modificare le relazioni di ruolo e progressivamente si confrontino con il dolore della perdita della situazione familiare antecedente alla crisi in corso, tollerando tale lutto, e con questo, il cambiamento e la crescita. In questo modo, i sintomi dell'individuo (e della famiglia) possono ridimensionarsi fino a scomparire.

La distinzione tra famiglia interna e famiglia esterna è quindi clinicamente utile anche per comprendere in una prospettiva relazionale, sia lo sviluppo identitario dell'individuo, sia le alterazioni psicopatologiche. Gli oggetti interni vanno intesi non solo come rappresentazioni di persone o figure affettive significative nella vita del bambino. Essi si sono sviluppati in un periodo dove non vi era la possibilità di memorizzazione mediante immagini, o simboli; nella prima infanzia tutto è stato assimilato preferenzialmente mediante modalità procedurali, nella forma di *matrici dinamiche* di relazioni reali, filtrate attraverso processi di pensiero secondo il *processo primario*²⁰⁴ e le fantasie del bambino.

²⁰⁴ Il *processo primario* condensa in sé quelle che Freud chiamava le caratteristiche essenziali del sistema *Inc* (Inconscio). La tetrade funzionale che Freud (1915a) attribuiva al sistema *Inc* sono: "[1] l'esonazione dalla contraddizione reciproca, [2] la mobilità della catexi, [3] l'atemporalità, e [4] la sostituzione della realtà psichica con la realtà esterna" (p. 70). La base essenziale del pensiero operante secondo il processo primario è la "mobilità della catexi": i processi di pensiero mancano di sufficiente specificità, perdono la loro struttura logico-grammaticale coerente e sequenziale. La catexi affettiva (o investimento) viene trasferita da immagini ad altre secondo il principio del piacere, come si suppone accada nella prima infanzia, quando il bambino ancora non distingue la fantasia dalla realtà esterna. L'esempio tipico del pensiero secondo il processo primario è il sogno. Questo tipo di spostamento libero della catexi viene normalmente contrastato dalle limitazioni date dal principio di realtà e dagli apprendimenti che avvengono nel processo secondario.

Qual è, ai fini di una maggiore comprensione dell'apparato psichico, come direbbe Freud, la relazione tra il "pensabile" delle rappresentazioni e l'"impensabile" degli oggetti interni? Diventa essenziale rispondere a domande del tipo "Qual è il rapporto tra gli oggetti interni di natura non esperienziale (di matrice infantile) e le rappresentazioni mentali degli stessi che si possono manipolare nelle fantasie e nelle percezioni attuali?"

Abbiamo visto che i Sandler²⁰⁵ hanno suddiviso concettualmente l'apparato psichico in tre "zone", delineandole sulla base di proprietà e modalità di funzionamento diverse: l'*Inconscio passato*, l'*Inconscio presente* e la *Coscienza*. Tali zone dell'apparato psichico sono inoltre delimitate da censure, anch'esse connotate da specifiche caratteristiche funzionali. L'*Inconscio passato* è separato dall'*Inconscio presente* dalla (a) cosiddetta *prima censura* che potremmo definire ora, con Sandler, *psicobiologica*, in quanto derivante dai meccanismi di crescita organica della prima infanzia, gli stessi che portano all'amnesia infantile. A delimitare il confine tra l'*Inconscio presente* e la *Coscienza* vi è invece (b) una *seconda censura*, che è di natura narcisistica: essa si erge per difendere la coscienza dell'individuo da ogni stimolo interno o esterno che comporti una destabilizzazione dell'integrità narcisistica della persona, che colpisca quello che comunemente diremmo il suo amor proprio e, più tecnicamente, ogni sollecitazione che ferisca narcisisticamente la persona, confrontandola dolorosamente con i propri ideali non raggiunti. I contenuti consci poi possono essere soggetti inoltre a (c) una *terza censura* che divide la zona della coscienza dal mondo esterno: essa si avvicina al comune sentire di imbarazzo quando non sappiamo se rendere pubblico un pensiero intimamente privato, una volta divenuto cosciente.

La *seconda censura* è quindi fondamentalmente una censura di confronto con sentimenti di vergogna, che rimanda alle conflittualità di carattere narcisistico dell'individuo. Col procedere dello sviluppo somatico e del processo psicologico di individuazione e separazione, le relazioni attuali si confrontano sempre più da vicino con le relazioni ideali narcisistiche. Questo confronto provoca viva conflittualità, spesso sofferenza. Questa barriera ha lo scopo di proteggere la coscienza da quei conflitti derivanti dai citati processi di confronto narcisistico tra Sé attuale e i propri ideali; sono quei processi che impediscono a una persona di comprendere se stessa, preservandola da dolorosi sentimenti di vergogna,

²⁰⁵ Sandler, J., Sandler, A.-M. (1983). "Second censorship;" "Three box model": technical implications. *International Journal of Psychoanalysis*, 64:413-426.

Sandler, J., Sandler, A.-M. (1984). Past unconscious, present unconscious, transference interpretation., *Psychoanal. Inquiry*, 4:367-399.

Sandler, J., Sandler, A.-M. (1987). Past unconscious, present unconscious, and the vicissitudes of guilt. *Int. J. Psychoanal.*, 68:331-342.

imbarazzo, o di colpa, che emergerebbero se tale consapevolezza avesse accesso alla coscienza.

La *terza censura*, che divide la coscienza del mondo esterno, deriva invece dalla intrinseca conflittualità tra la coscienza individuale e la coscienza sociale o culturale predominante. Essa costituisce il retaggio dell'eterno conflitto fra il privato e il pubblico, tra le dinamiche individuali e gruppali, tra il mondo cosciente del bambino e le convenzioni sociali degli adulti.

LO SVILUPPO DELLE MATRICI

L'Inconscio passato, l'Inconscio presente e la coscienza sono quindi i tre teatri dell'apparato psichico in cui fin dalla nascita si formano e diventano operativi quei processi di elaborazione del bambino, che portano alla formazione delle matrici procedurali che verranno a configurare i singoli oggetti interni e la famiglia interna. In particolare, quello che diventerà l'Inconscio passato è costituito dalle matrici delle prime sensazioni, poi dalle immagini del Sé (prima di un Sé parziale e poi un Sé sempre più integrato) assieme alle matrici delle persone significative che accudiscono il bambino, cioè le matrici oggettuali (a loro volta parziali o integrate) che si depositano in forma di *procedure*. Col progredire dello sviluppo, dopo una prima fase (estremamente variabile nella durata ma che in genere dura fino a tre-quattro anni del bambino) in cui prevalgono matrici, o memorie di carattere implicito, non evocabili mediante immagini o simboli verbali, il bambino incomincia a integrare le immagini discontinue del proprio Sé, in un'immagine più stabile, integrata e durevole nel tempo. In questo passaggio, le matrici non esperienziali del Sé danno origine, grazie allo sviluppo delle funzioni cognitive (dell'Io) e all'esame di realtà, a una differenziazione sia nell'ambito dell'immagine del Sé, sia nell'ambito dell'immagine degli oggetti. Questa immagine del Sé, sempre soggetta a verifica del suo stato nell'Inconscio presente, sia ad opera dei sensi rivolti verso l'esterno, sia di quelli verso l'interno, corrisponde a quello che abbiamo denominato *Sé attuale*. Il Sé attuale potrebbe corrispondere all'esperienza primigenia che ha il bambino allo specchio, che gli restituisce un'apparenza di Sé più o meno aderente alle percezioni che ci giungono dall'esterno (si veda anche quanto affermato da Lacan²⁰⁶). Possiamo immaginare che, quando il bambino si guarda allo specchio, vede il proprio *Sé attuale*, e lo confronta con i propri *ideali*, cioè le immagini desiderate che ha di sé: se queste percezioni attuali combaciano almeno parzial-

²⁰⁶ Lacan, J. (1977) The mirror stage as formative of the function of the I as revealed in psychoanalytic experience. In: Jacques Lacan. *Ecrits: A Selection*, ed. A. Sheridan. London: Tavistock/Routledge, pp. 1-7. Si veda anche al Capitolo 6.

mente con il proprio Sé desiderato (e con i propri desideri di rifornimento e di conferma narcisistici) la risultante sarà un'aumentata sensazione di benessere e sicurezza. Il confronto tra le percezioni avviene nell'Inconscio presente delle rappresentazioni, ma in un *milieu* emotivo che emerge ed è plasmato sulle matrici dell'Inconscio passato. L'esperienza dello specchio diventa quindi la metafora di un "oggetto" che restituisce al bambino un'immagine percettiva "oggettiva" (nel senso derivante dall'oggetto), dove, ad esempio, il bambino che si identifica con il grandioso condottiero, si vede nella realtà attuale, piccolo e più basso del papà, esponendosi a penose mortificazioni. La madre, nello stesso esempio, può diventare una fonte di rispecchiamento che si adegua alle esigenze di crescita e di modulazione dei sentimenti del bambino (quando gli dice, ad esempio, "Ma sei tu il mio piccolo condottiero"). Le vicissitudini degli oggetti e lo sviluppo delle relazioni oggettuali seguono questo percorso.

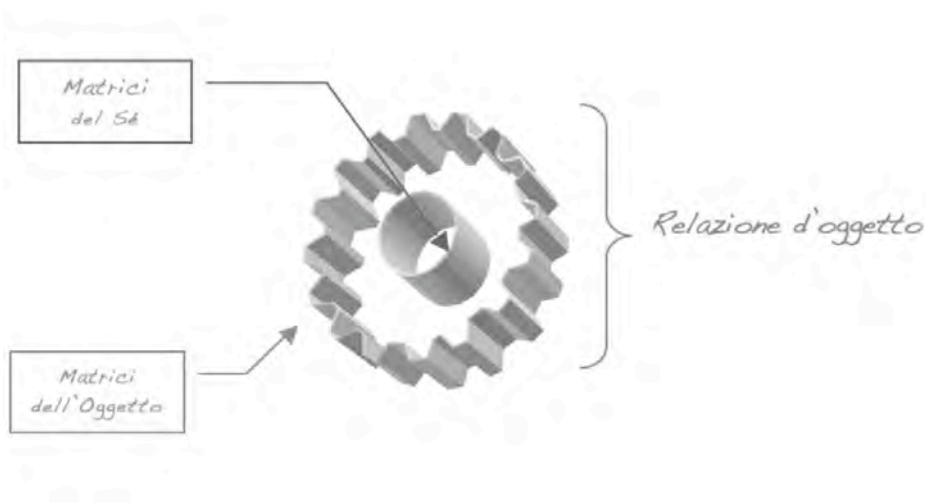


Figura 12: Rappresentazione dei funzionamenti dell'Inconscio passato

Le memorie implicite, date da esperienze di relazioni reiterate che diventano procedure, difese psicologiche e funzionamenti automatici dell'apparato psichico. Ciascuno di questi modelli operativi (l'"ingranaggio") è costituito da una matrice non esperienziale di un'esperienza infantile di Sé in relazione a un oggetto, consolidate nella forma di memoria procedurale.

Le matrici oggettuali dell'Inconscio passato (conservate come tracce di memoria implicita impresse sulla base di relazioni significative) danno origine alle rappresentazioni interne degli oggetti, che rimangono così impresse nella forma di strutture psichiche.

Quando arrivano delle sollecitazioni che mettono in tensione queste matrici strutturali, avviene il passaggio critico dall'ambito non esperienziale a quello esperienziale: ad esempio, *l'impressione che ci ha lasciato nostra madre* (ambito non esperienziale), diventa l'immagine (conscia o inconscia) *di una madre* (ambito esperienziale) sulla base di sollecitazioni che, per associazione con lo stimolo primigenio, ne risvegliano *la rappresentazione interna*. È in questo modo che nostra madre torna ad essere un'immagine (una rappresentazione) che, con il proseguire dei processi maturativi, gradualmente può essere rievocata dal bambino quando ha bisogno di conforto, specialmente quando la mamma non è effettivamente disponibile.

Allo stesso modo, quando, in periodi successivi all'infanzia, la matrice di memoria di una certa relazione viene sollecitata da stimoli con qualità analoghe allo stimolo primigenio, è proprio questa *tensione strutturale* che riattiva quella specifica relazione d'oggetto, che, lo ricordiamo, rappresenta una modalità adattativa che è rimasta impressa nella memoria proprio per risolvere uno specifico conflitto relazionale. Nel mondo rappresentazionale, composto da esperienze che possono essere sia cosce che inconscie, si vengono quindi a configurare le immagini (gli oggetti interni) dei nostri genitori, poi di altre persone che abbiamo ammirato e in cui ci siamo identificati, sulla base di quelli che sono stati gli stimoli percepiti nell'esperienza corrente. Alla luce di queste concezioni, in analisi, se il paziente rivive un'angoscia da abbandono durante un periodo più lungo di separazione dall'analista, non la interpreteremo più, come si faceva classicamente, come la riattivazione nel *transfert* di una relazione affettiva che *in realtà* è diretta verso, ad esempio, la propria madre. Al contrario, l'ansia da separazione trova la sua fonte proprio nella *realtà della relazione* con l'analista, che è riuscita a riattivare una matrice relazionale implicita impressasi nella prima infanzia del paziente, ma con cui egli non ha più alcun contatto relazionale, né emotivo né cognitivo, in quanto si tratta di una relazione diventata *procedura*. A questo proposito credo che vada il rimando alla poetessa Alda Merini, citato in apertura di questo capitolo, la quale, con grande accortezza e capacità intuitiva, avrebbe affermato: "*La psicoanalisi consiste nel cercare un ago in un pagliaio che non esiste più*". Questa "immagine che non esiste più" della *nostra famiglia interna*, è soggetta alla costante verifica del processo secondario e dell'esame di realtà. Si confronta quindi costantemente con l'immagine della *famiglia attuale* rivolta verso il mondo esterno. Allo stesso modo di quanto accade al Sé, le rappresentazioni dei genitori esterni e degli introietti sono sempre soggette alle imperiture urgenze del pensiero primario

infantile, operante secondo il principio del piacere. Secondo questo principio, si generano anche le immagini di una famiglia desiderata, la *famiglia ideale* che, ad esempio, si esprime nelle fantasie del *romanzo familiare* descritto da Freud. La *famiglia interna ideale* è quindi quell'aspetto delle nostre rappresentazioni mentali della famiglia rivolte verso il mondo interno dell'Inconscio presente.

L'esistenza stessa di queste due versioni di famiglia interna crea lo spazio perché vi possano essere delle discrepanze fra queste due immagini dell'oggetto, della famiglia attuale e della famiglia ideale, e ciò per ogni singolo individuo del gruppo familiare. Tali discrepanze percettive possono comportare una certa quota di dolore. Quanto finora descritto, lo ricordiamo, si ritrova al di sotto della soglia della coscienza e quindi nell'inconscio dinamico, o Inconscio presente. Se un contenuto psichico supera la seconda censura si entra nell'ambito della coscienza e i derivati delle matrici del Sé infantile (ora modificate attraverso il rapporto fra il lato della coscienza rivolto verso l'interno ed quello rivolto verso l'esterno, e tra il Sé attuale e il Sé ideale), diventano a questo punto coscienti. Anche nell'ambito della coscienza abbiamo un ambito rivolto verso l'esterno e un ambito rivolto verso il mondo intrapsichico. Operando il pensiero ora nell'ambito della consapevolezza, parleremo in questo senso non più di Sé attuale, ma di *Sé privato*; il Sé che si confronta con l'esterno è, invece, il *Sé pubblico*. La *terza censura* ostacola tutto ciò che il Sé privato riesce, senza imbarazzi di sorta, a dire a se stesso ma che non osa dire pubblicamente. L'armonia e l'integrazione dell'identità della persona, il pieno e maturo sviluppo della sua personalità in ogni area dell'apparato psichico corrispondono a una naturale coincidenza tra queste immagini contrapposte del Sé.

Nell'Inconscio passato, quando il bambino vede stabilmente gratificati i propri bisogni mediante una specifica relazione d'oggetto, questa rimane impressa nella forma di una memoria procedurale, che potremmo rappresentare (come nella Figura 12) come un'integrazione, un incontro riuscito, tra le *matrici procedurali del Sé* e le *matrici procedurali dell'oggetto* del desiderio. Nell'Inconscio presente, il benessere si raggiunge quando vi è una sostanziale corrispondenza fra il *Sé attuale* e il *Sé ideale*, senza che il soggetto provi eccessivi sentimenti di vergogna o inferiorità. Nell'Inconscio presente, la componente oggettuale contribuisce al benessere senza che vi sia insorgenza di colpa, ad esempio, quando la famiglia ideale si avvicina alla famiglia attuale. Nell'ambito della coscienza, ovvero delle nostre percezioni e del nostro pensiero cosciente, la fonte di maggiore armonia e buon funzionamento della persona si ottiene quando si integrano i pensieri del *Sé privato* con quelli che le persone esprimono pubblicamente (*Sé pubblico*). Per la componente oggettuale, quindi, stiamo bene quando la famiglia privata dell'individuo può diventare la famiglia pubblica nel mondo esterno.

L'individuo in ciascuno di questi settori dell'apparato psichico (come peraltro è accaduto nelle diverse fasi della vita in cui questi settori si sono

evoluti) ha potuto armonizzare i diversi funzionamenti intrinseci di ciascun settore (l'Inconscio passato, l'Inconscio presente e la Coscienza) grazie a esperienze adattive, che hanno permesso di compiere i passaggi individuativi e di separazione, ovvero di integrare i cambiamenti e le esperienze dolorose di perdita in ogni età, per costruire la propria *identità*.

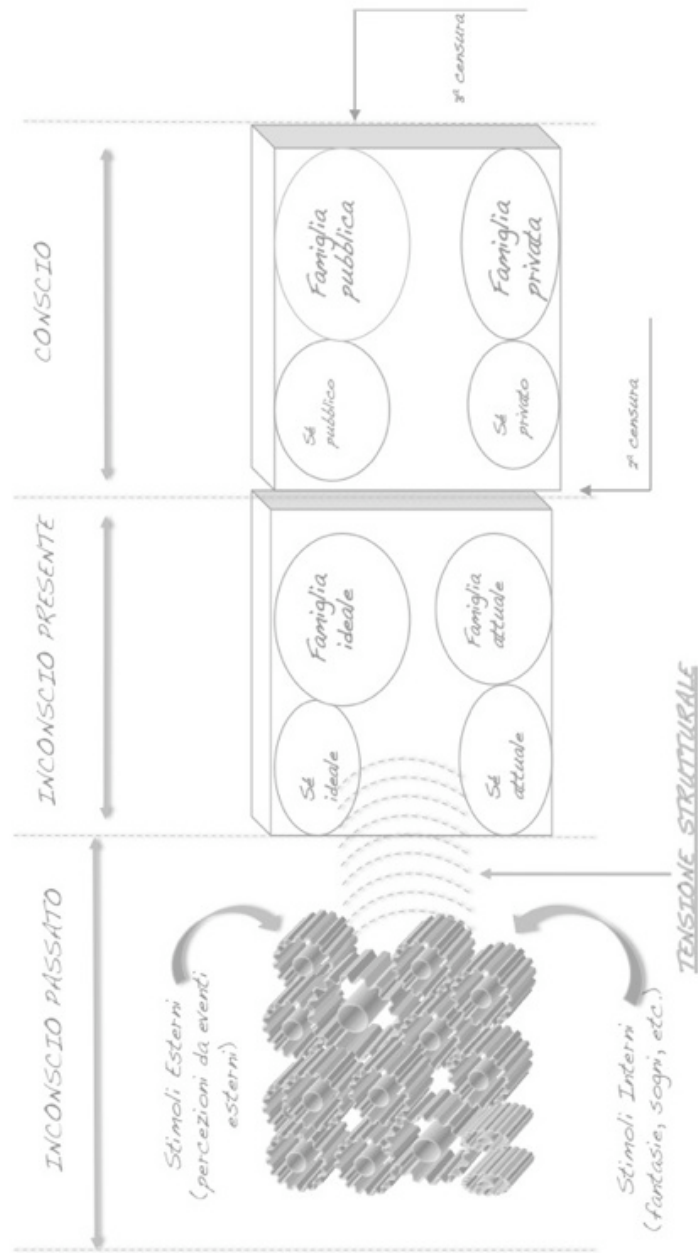


Figura 13: Le vicissitudini delle relazioni d'oggetto nel modello delle tre scatole. Gli "ingranaggi" nella figura rappresentano le relazioni oggettuali nell'ambito non esperienziale, impresse nella forma di memorie procedurali primigenie nell'infanzia. Le relazioni d'oggetto sono i nostri "risuonatori" che, a seguito di sollecitazioni esterne o interne, possono entrare in tensione "emettendo" un segnale, in genere ansiogeno, che mette in movimento le altre sezioni dell'apparato psichico. Queste "emissioni" risvegliate dalla tensione strutturale attivano a loro volta le corrispondenti rappresentazioni attuali, nella forma di fantasie, sogni a occhi aperti, e manipolazioni inconsce date dalla fantasia. Esse poi si esprimono nel comportamento manifesto individuale e all'interno della famiglia.

Parte terza
I processi di strutturazione
dell'apparato psichico

6. L'identificazione e altre internalizzazioni*

«Quasi tutte le assurdità del comportamento derivano dall'imitazione di coloro a cui non possiamo somigliare.» Samuel Johnson

«Il mio unico rammarico nella vita è di non essere qualcun altro.» Woody Allen

Il concetto di *identità psicologica* in questo testo è stato utilizzato in modo intercambiabile con i termini di *personalità*, e anche con quello di *carattere*²⁰⁷, ma che manterremo distinto da quello di *temperamento*²⁰⁸. L'*identità psicologica* è quindi quell'insieme di caratteristiche psicologiche peculiari che contraddistinguono un individuo: essa dà senso al proprio essere, alla propria vita soggettiva, con un

* A cura di Stefano Bembich e Andrea Clarici.

²⁰⁷ Più esattamente, fattori costituzionali – genetici e biologici – sono alla base del *temperamento*; a questo si sovrappongono i *tratti di personalità*, ossia modalità stabili di comportarsi, di pensare e sentire, originatesi dall' "intreccio inestricabile" tra gli elementi temperamentali e le prime esperienze identificatorie del bambino piccolo, in genere dei suoi primi tre-quattro anni di vita. Le interazioni successive con l'ambiente – le esperienze in famiglia, gli apprendimenti successivi – del temperamento e dei tratti di personalità precoci determinano il *carattere*.

²⁰⁸ Il *temperamento* è inteso qui come la configurazione di elementi psichici affettivi (i sistemi di elaborazione di base delle emozioni) e cognitivi (le competenze intellettive, linguistiche e simboliche) la cui base poggia su aspetti di natura prevalentemente genetica e organica. In psicoanalisi, gli elementi temperamentali sono assimilabili al concetto di Hartmann (1964) delle "funzioni dell'io autonome". Lo sviluppo di queste aree del funzionamento psichico è, secondo Hartmann, esente da conflitti e quindi non soggette a meccanismi di difesa. Hartmann (1939) includeva in questa *sfera autonoma dell'io* quelle funzioni psicologiche che (almeno nelle prime fasi dello sviluppo) emergono principalmente sulla base della maturazione bio-neurologica: ad esempio, lo sviluppo del linguaggio si forma su queste basi innate. Successivamente queste funzioni psichiche possono diventare (come ogni ambito dell'esperienza umana) soggette a inibizioni, condizionamenti e conflitti e, quindi, suscettibili di interferenze da parte dei meccanismi difensivi. Questo determinerebbe l'insorgenza di quelle soluzioni di compromesso che sono i *sintomi* (per le funzioni linguistiche, si pensi ad esempio alla balbuzie).

Sé integrato, continuo nel tempo e distinto dagli altri. L'identità origina dal complesso di caratteri anatomico-funzionali, psichici, culturali e comportamentali che definiscono una persona in rapporto alla sua posizione e al suo ruolo, in uno specifico periodo del ciclo di vita, nel suo ambiente e nella società in cui vive. *Avere un'identità* conferisce quindi un senso di unitarietà e di persistenza alla personalità e agli aspetti complessivi della vita o del carattere. Vedremo (nel capitolo 8) che, in particolare nel *disturbo dissociativo dell'identità*, vi possono essere delle componenti dell'identità che (in quanto prodotti delle identificazioni) si possono manifestare, in situazioni limite, separatamente dal resto della personalità²⁰⁹.

Attualmente vi è un consenso piuttosto diffuso in ambito psicoanalitico, sia sul piano teorico, sia su quello clinico, sulla validità dell'effettuare una distinzione tra una componente funzionale (l'Io) e una rappresentazionale (il Sé) dell'identità individuale. Classicamente, l'Io è stato concepito da Freud come una macrostruttura che, nell'ambito dell'apparato psichico, è deputato a mediare tra le richieste conflittuali dell'Es, le aspettative del Super-Io e la realtà esterna. L'esito del conflitto deve essere un compromesso più adattivo possibile per quel dato individuo nel suo ambiente. Il Sé (*Self*, nella dizione inglese) è invece la rappresentazione di sé stesso che ciascuno costruisce nel corso della vita nel "teatro rappresentazionale" del proprio mondo interno. L'Io potrebbe essere immaginato come il palcoscenico di questo teatro, dotato com'è, di tutti i dispositivi che permettono lo svolgimento della rappresentazione scenica: l'illuminazione (nella metafora del teatro, la funzione cognitiva dell'attenzione), l'ampiezza e la profondità della scena (il campo della coscienza), le quinte (l'inconscio), il copione (la memoria) e così via. Il Sé è quindi, nella stessa metafora, quel personaggio che, nella scena, rappresenta noi stessi. Sia l'Io (in quanto struttura), sia il Sé (in quanto rappresentazione) si sviluppano sulla base del patrimonio temperamentale e cognitivo innato e dalle esperienze di vita. Tra queste, le relazioni primarie di identificazione svolgono una funzione fondamentale per la loro organizzazione.

Il Sé può essere concepito quindi come un modello psichico di noi stessi, sviluppatosi sulla base delle esperienze sensoriali, inclusa l'esperienza del nostro stesso comportamento, che funziona come *schema di riferimento*; uno schema che costantemente influenza in via retrograda le nostre esperienze cosce e inconscie, oltre che il comportamento stesso. La rappresentazione di Sé è "primariamente e innanzitutto" una rappresentazione derivante dall'esperienza dalla relazione con il proprio corpo, che si estende poi al mondo delle

²⁰⁹ Precedentemente il disturbo dissociativo dell'identità era denominato *disturbo da personalità multipla*.

relazioni²¹⁰. Freud, nei suoi scritti, sia quando si riferisce agli aspetti funzionali dell'Io che quando parla della rappresentazione del Sé li definisce indifferentemente come *Io* (*Ich*). Quindi, discutendo il concetto di identificazione, i riferimenti che egli fa, nei suoi scritti, appaiono particolarmente confondenti per una più completa comprensione dell'identificazione, sia sul piano teorico che clinico, visto che questo processo è cruciale, in particolare, per la formazione del Sé.

L'IDENTIFICAZIONE

Gli analisti usano la parola "identificazione" per connotare l'operazione, in genere parzialmente o completamente inconscia, di voler diventare (e sentirsi) come un'altra persona. L'identificazione, per certi versi, è un meccanismo di difesa, per altri un processo dello sviluppo e segue una linea evolutiva naturale che va dalle primissime forme infantili di introiezione inizialmente di tipo orale (corrispondenti a una specie di assimilazione totale, un'incorporazione dell'altro), per poi evolversi in processi più sottili, sofisticati di assunzione selettiva delle caratteristiche di un'altra persona, e a volte perseguendo queste identificazioni intenzionalmente. La gran parte di noi, infatti, è (almeno in parte) consapevole dei modelli di riferimento a cui cerca di somigliare (genitori, fratelli e sorelle, nonni, parenti, insegnanti, amici e altre figure importanti del proprio contesto di vita), come di quei modelli a cui si cerca di *non* assomigliare (in quest'ultimo caso, si parla di *controidentificazioni*, o *identificazioni negative*).

Si ritiene che il potenziale identificatorio di una persona evolva e si modifichi nel corso di tutta la vita e che costituisca la base emotiva della crescita e del cambiamento psicologico. La psicoterapia psicoanalitica, di fatto, costituisce per il paziente un'opportunità per usufruire di una relazione intima e di una fonte di identificazioni grazie a una persona preparata, l'analista, che può permettere al paziente la disamina delle proprie crisi evolutive in modo tale da trovare delle alternative adattative. Questo permette al paziente di sentirsi progressivamente meno condizionato dalle identificazioni infantili precoci. In sostanza, l'analisi offre al paziente una situazione che funge come esempio di una relazione intima e di identificazione reciprocamente vantaggiosa.

Il vocabolario della lingua italiana, con un esplicito riferimento alla psicoanalisi, definisce l'identificazione come un "processo psicologico per il quale un soggetto si considera uguale a un altro, assumendo totalmente o parzialmente l'identità di un'altra persona o trasferendo una parte della propria identità in

²¹⁰ Si veda "Una quarta macrostruttura: gli ideali e lo sviluppo del Sé ideale" nel Capitolo 3.

un'altra persona"²¹¹. È curioso come tale dicitura abbia fuso in sostanza l'identificazione, che è un processo di internalizzazione (nella propria identità di una caratteristica altrui) con un processo di esternalizzazione della propria identità in un'altra persona (come avviene nella *proiezione*).

Freud dedica all'identificazione un'intera sezione nell'opera "*Psicologia delle masse e analisi dell'Io*", in cui ne dà una definizione sistematica e piuttosto articolata²¹². Nel concetto di identificazione proposto, già si possono scorgere le evoluzioni teoriche della psicoanalisi contemporanea. Tale scritto, infatti, precede di due anni "*L'Io e l'Es*", con il quale Freud²¹³ introduce il modello strutturale della mente (o *seconda topica*), e che stabilirà l'articolazione dell'apparato psichico umano nelle istanze dell'*Es*, dell'*Io* e del Super-*Io*. In *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, l'identificazione viene definita come "la prima manifestazione di un legame emotivo con un'altra persona" e viene indicata come fondamentale nel "configurare" l'*Io* individuale (il *Sé*, diremmo oggi), quindi il modo di essere e di funzionare di una persona. L'identificazione viene distinta da un'altra modalità di relazione con l'altro, che secondo Freud si sviluppa successivamente, ossia l'investimento oggettuale. In questo caso, l'altro viene investito libidicamente con la finalità di soddisfare il desiderio pulsionale e viene indicato pertanto come l'*oggetto* della pulsione.

L'IDENTIFICAZIONE COME BASE DELL'APPRENDIMENTO

L'importanza della nozione di identificazione come base dell'apprendimento deriva dalle conoscenze sullo sviluppo dei processi di relazione e di attaccamento, in quanto ogni individuo, nel corso della sua crescita, apprende mediante continue esperienze di *identificazione*. Il bambino dapprima *riconosce* (*identificazione*), poi cerca di *ripetere* nel comportamento (*imitazione*) e infine fa propri i modelli genitoriali, *immedesimandosi* in loro (*duplicazione*), in modo da costituire progressivamente le parti della propria personalità. Queste identificazioni si stratificano, esperienza dopo esperienza, diventano abitudinarie e costituiscono, nei singoli membri di ogni famiglia, delle "procedure", ovvero delle soluzioni adattative che, una volta assimilate da ogni individuo, ne completano e ne integrano i tratti congeniti del carattere (ossia il temperamento), entrando a far parte della personalità, come tratti di carattere acquisiti. Il clinico può essere

²¹¹ Dogliotti, M., Rosiello, L. (a cura di) (1998). Lo Zingarelli. Vocabolario della lingua italiana. (p. 836). Zanichelli, Bologna.

²¹² Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Sigmund Freud Opere (OSF) vol. 9 (pp. 257-330). Bollati Boringhieri, Torino.

²¹³ Freud, S. (1923). *L'Io e l'Es*. SFO vol. 9 (pp. 487-524). Bollati Boringhieri, Torino.

fuorviato, nella valutazione di un problema familiare, dalle “storie” che i singoli membri della famiglia raccontano agli altri e a se stessi, mentre è più fruttuoso lasciarsi guidare, dalla conoscenza di quella che, nel capitolo 4, abbiamo chiamato la *famiglia interna*, essenziale per comprendere la complessa dinamica di alleanze reciproche, degli equilibri basati sull'accettazione (o sul rigetto) delle tacite richieste implicite di alleanza di un membro della famiglia nei confronti di uno o più membri del contesto familiare (si veda il concetto di *induzione di ruolo* nel Capitolo 5).

Sigmund Freud discute, in *Psicologia delle masse*, tre tipi di identificazione. Innanzitutto, l'*identificazione con i genitori* e lo fa nell'ambito delle vicende edipiche che hanno luogo nel bambino. Freud considerava infatti le identificazioni (con i genitori) come la materia prima, nonché l'obiettivo finale da conseguire alla fine del periodo del *complesso di Edipo*. Come è noto, secondo Freud, in questa fase dello sviluppo psichico il bambino e la bambina tendono a identificarsi con il genitore dello stesso sesso, e al contempo si sentono attratti dal genitore del sesso opposto. Il genitore dello stesso sesso diventa quindi un *modello* di identificazione (secondaria) per il Sé, e al contempo percepito come un ostacolo che sbarrava la strada verso il genitore del sesso opposto (che permea la scelta oggettuale). Le vicissitudini del complesso edipico sono quindi estremamente complesse, né il destino delle identificazioni parentali è in qualche modo prevedibile a priori per ciascun individuo. Freud afferma che, nel corso del complesso edipico, vi sono delle oscillazioni nelle scelte oggettuali verso entrambi i genitori: pertanto le identificazioni con loro possono essere anche parziali, temporanee, riferite solo ad alcuni aspetti del modo di essere e di comportarsi dell'uno o dell'altro dei genitori. Inoltre, il bambino si identifica contemporaneamente sia con l'oggetto amato, sia con quello odiato (Edipo inverso, come prodotto delle identificazioni negative, o *controidentificazioni*). L'esito di tali complesse dinamiche identificatorie, al termine della fase edipica, comporta sia dei cambiamenti nel funzionamento dell'Io del bambino, in base agli aspetti genitoriali assunti a modello, sia l'interiorizzazione delle norme e dei valori proposti all'interno della famiglia. Essi andranno a costituire la coscienza morale (il Super-Io) e l'ideale dell'Io (il Sé ideale) di ciascun individuo.

Il secondo tipo di *identificazione* proposto da Freud si trova in occasione di una perdita (ad esempio, di un lutto, di un abbandono, di una delusione relazionale o ideale). Freud la descrive come una *regressione dell'investimento oggettuale* e tale identificazione avrebbe lo scopo di negare la perdita dell'oggetto perduto (come se il soggetto inconsciamente pensasse: “*Se non posso più averti, almeno continuerò a sentirmi come se tu continuassi a esistere – dentro di me – diventando te*”). Questa modalità regressiva di identificarsi con l'oggetto perduto appartiene alla modalità del ritiro narcisistico descritto da Freud in *Lutto e Melanconia*, mentre

sarebbe più corretto dire che la modalità difensiva e di internalizzazione non è propriamente un'identificazione, bensì un'introiezione²¹⁴. Infatti, in tutti questi casi caratterizzati da una sintomatologia depressiva, accade che il Sé, per cercare di adattarsi alla perdita subita, *introietti* (porti dentro di sé) l'oggetto (inteso qui come *rappresentazione* dell'altro) e vi si identifichi, cercando continuare a farlo rimanere vivo dentro di sé. La regressione si ha, quindi, da una forma relazionale più matura, ovvero l'*identificazione secondaria*, dove l'investimento oggettuale è distinto, a una *identificazione primaria*, dove il Sé e l'oggetto si confondono. Le spiegazioni che Freud fa dello sviluppo della depressione nel testo citato sono note: l'investimento pulsionale, prima rivolto verso l'altro, viene ri-direzionato verso il Sé, dove, a seguito dell'introiezione, si trova ora l'oggetto perduto e, essendo qualsiasi relazione interpersonale caratterizzata da ambivalenza, il Sé viene ora investito con tutta la carica sia dell'amore (ora non più appagante), sia dell'aggressività, che erano prima commiste e rivolte verso l'oggetto esterno. Secondo Freud, i sentimenti di autodenigrazione, autocritica e autosvalutazione che presenta la persona depressa sono dovuti proprio all'aggressività, prima veniva rivolta verso l'oggetto esterno che, una volta perduto, viene ora introiettata nel Sé assieme all'oggetto, dove agisce in modo distruttivo.

Il terzo tipo di identificazione che Freud descrive in *Psicologia delle masse* viene indicata come *immedesimazione* e si ha quando vi è un'assimilazione con l'altro sulla base di un'esperienza condivisa, che può essere conscia o inconscia e assumere la forma di un fatto di vita vissuta, di un valore (o sistema di valori), di aspirazioni o interessi simili, come anche di un sintomo o di un complesso patologico inconscio. L'immedesimazione oggi è anche spesso associata al termine di *empatia*, in quanto nella comprensione affettiva intima di un'altra persona si trovano sempre delle identificazioni di tipo parziale. Freud indica nell'immedesimazione la forma più matura di identificazione e la vede alla base dei legami reciproci presenti nelle forme tipiche di vita sociale umana quali la famiglia, il clan, i gruppi dipendenti da un leader e l'amicizia.

Freud è stato probabilmente spinto a discutere in modo sistematico il concetto di identificazione in *Psicologia delle masse* da almeno tre ragioni. Innanzitutto le evidenze, derivate dall'esperienza clinica con pazienti adulti, di quanto sia fondamentale il ruolo di un'altra persona affettivamente significativa, in particolare dei genitori, nel modellare o nel configurare il Sé nel corso dello sviluppo, attraverso i processi di identificazione del bambino. Le identificazioni hanno nello sviluppo una comparsa molto precoce, pre-edipica, e giocano un ruolo fondamentale nelle vicissitudini del complesso edipico.

Va poi considerato il ruolo centrale attribuito da Freud all'identificazione nei rapporti che caratterizzano le principali manifestazioni della vita sociale uma-

²¹⁴ Freud, S. (1917). Lutto e melanconia. OSF vol. 8 (pp. 102-118). Bollati Boringhieri, Torino.

na, quali la famiglia, il clan o la comunità, e delle masse. In questi casi, ad agire sarebbe quel particolare tipo di identificazione indicato come *immedesimazione*, cioè di relazione affettiva con gli altri resa possibile da esperienze soggettive di tipo condiviso (emozioni, interessi, valori, leader, ecc.). L'identificazione nelle figure genitoriali ha un ruolo fondamentale nello sviluppo sia dell'Io che del Super-io, le istanze che fondano l'apparato psichico (assieme all'Es) nel modello strutturale introdotto nel 1922. Al tempo della stesura di *Psicologia delle masse* (che è del 1921) eravamo infatti alla vigilia della divulgazione di questo importante cambiamento teorico, che porterà alla seconda topica freudiana.

Le successive osservazioni di altri autori, quali Melanie Klein o Edoardo Weiss, hanno posto in evidenza che l'identificazione caratterizza le relazioni umane anche da fasi molto più precoci dello sviluppo rispetto alla fase edipica, probabilmente fin dalla nascita (in termini di identificazione primaria), indicando una possibile propensione innata all'identificazione nell'essere umano. Ad esempio, è dimostrato che alcune semplici modalità imitatorie del neonato verso il genitore (come protrudere la lingua in risposta a una azione analoga dell'adulto) sono già presenti a poche ore dalla nascita²¹⁵.

L'identificazione costituisce quindi uno dei più primitivi legami con un'altra persona. Insieme alla *proiezione* (si veda capitolo 6), essa rappresenta uno dei primi modi per mettersi in contatto con il mondo, e quindi il prototipo della comunicazione del bambino. L'identificazione rappresenta un processo fisiologico indispensabile per la strutturazione emotiva sana, nel bambino, di competenze quali l'empatia, il riconoscimento della sofferenza propria e negli altri, la tolleranza alla frustrazione, fino a funzioni sempre più complesse di pensiero e di differimento dell'azione, che portano all'organizzazione della vita relazionale e sociale.

Il processo psicoterapeutico consiste in gran parte nel rivedere (e imparare a riconoscere e possibilmente a controllare) le primigenie identificazioni che, nel bambino piccolo, hanno portato alla soluzione di un conflitto infantile, ma che sono divenute problematiche in età successive e che, se insorgono nuovamente in modo automatico, possono provocare un conflitto nell'adulto.

ASPETTI DIFENSIVI DELL'IDENTIFICAZIONE

L'identificazione può essere usata anche nel suo aspetto difensivo: in molti casi l'identificazione è motivata dal bisogno di evitare angoscia, dolore, vergogna o altri vissuti dolorosi, o di rimediare rispetto a una minaccia di coesione o di per-

²¹⁵ Meltzoff, A.N., Moore, M.K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 4312 (pp. 75-78).

dita dell'autostima. Come gli altri processi difensivi, l'identificazione è un aspetto normale dello sviluppo psicologico che diventa problematico solo se usato in modo rigido e massiccio. Freud parla di *identificazione difensiva* e *non difensiva* (ossia identificazioni che oggi diremmo *egosintoniche*) quando, in *Introduzione al narcisismo*, propone per la prima volta i termini di *identificazione anaclitica* (o *identificazione per appoggio*) e di *identificazione narcisistica*²¹⁶. Nell'identificazione anaclitica, Freud descriveva un processo con, alla base, un desiderio immediato di diventare, o di essere simile, a una persona di cui si apprezzano le qualità, e dalla quale si è avuto beneficio (un aumento della sicurezza derivante da un'altra persona). L'identificazione di tipo narcisistico è un'identificazione basata su uno o più aspetti desiderati, o ideali, del proprio Sé infantile (si basa quindi su una relazione che rinforza e conferma le qualità desiderate dal nostro Sé). Anna Freud ha successivamente studiato, in particolare, il terzo tipo meccanismo di identificazione, includendolo tra le difese, e denominandolo *identificazione con l'aggressore*. Essa sarebbe una soluzione automatica e motivata difensivamente dal sentirsi minacciato e sottomesso da un'altra persona: per evitare di sentirsi in balia di questo potere, la persona si identifica con chi la minaccia (il soggetto diventa nella fantasia *come* l'aggressore) e, in questo modo, controllando intrapsichicamente gli eventi minacciosi²¹⁷. L'identificazione con l'aggressore andrebbe quindi classificata più propriamente come un'introiezione, in quanto il soggetto difensivamente attribuisce come originatosi dall'interno del Sé qualcosa che invece è generato dall'oggetto²¹⁸.

Un importante sviluppo del concetto di *identificazione*, quindi, è stato quello relativo alla sua teorizzazione quale *meccanismo di difesa*, cioè quelle strategie messe in atto dall'Io per potersi proteggere dall'ansia e, più in generale, dalle sofferenze associate ai conflitti tra le richieste pulsionali dell'*Es*, quelle morali e ideali del Super-Io e le esigenze provenienti dalla realtà esterna.

I MECCANISMI DI ASSIMILAZIONE DELL'ESPERIENZA

L'identificazione rappresenta uno dei primi metodi a disposizione dell'apparato psichico per assimilare l'esperienza, immagazzinarla e esprimerla poi come tratti della propria personalità. L'*introiezione* è un processo distinto di assimilazione dell'esperienza dove a venire introiettati sono quegli aspetti delle figure parentali in grado di influenzare il soggetto in assenza del genitore (esterno).

²¹⁶ Freud, S. (1914b), *Introduzione al narcisismo*. OSF, vol 7.

²¹⁷ Freud, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. The Writings of Anna Freud. Vol. 2. New York, IUP. Trad. It. *L'Io e i meccanismi di difesa*. G. Martinelli Editore, Firenze. 1967.

²¹⁸ Si veda "L'introiezione" nel Capitolo 8.

L'introiezione costituisce quindi un processo più evoluto rispetto alle identificazioni primarie del bambino, in quanto essa comporta l'attribuzione di uno *status speciale* a una rappresentazione parentale che diventa quindi un *oggetto interno*, un *introietto*, assumendo un ruolo cardine nella regolazione emotiva e cognitiva del bambino.

L'identificazione può essere compresa anche come *la modificazione di una rappresentazione della propria forma del Sé sulla base della rappresentazione di un altro, che viene assunta come modello*. In questo senso, l'identificazione non comprende necessariamente l'introiezione. Con l'identificazione si arricchisce (o comunque muta nelle sue caratteristiche) l'immagine del Sé, ma non necessariamente viene assimilato l'oggetto fonte dell'identificazione. Con l'introiezione mutano le caratteristiche degli oggetti interni, base del confronto con l'altro da sé. Vedremo in seguito come sono possibili intrecci estremamente complessi tra questi meccanismi, tenuto conto che il bambino può identificarsi con i propri introietti (o oggetti interni) o con i propri ideali, che appartengono a immagini del Sé. Infatti, ad esempio, il bambino si affida inizialmente ai genitori (esterni), poi alla *famiglia interna* e infine ai propri ideali (del Sé).

Abbiamo visto che l'identificazione può anche venir suddivisa in tre diverse fasi: (1) la *fusione* (tra il Sé e l'oggetto). In questa fase avvengono quei processi percettivi di riconoscimento delle caratteristiche desiderate da parte del Sé e riconosciute nell'oggetto. (2) La fase del *calco* (ovvero dell'imitazione). In questa fase vengono assunte delle caratteristiche che prima, durante la fase del riconoscimento, erano solo percepite e ora, attraverso l'atto motorio nel bambino piccolo e le azioni di prova del pensiero nel bambino più grande, vengono imitate, quelle stesse caratteristiche desiderate o ammirate nell'oggetto per tutto il tempo che serve affinché entrino a far parte del Sé. È a questo punto (3) che possiamo dire compiuta la terza fase, quella dell'immedesimazione (o duplicazione), in cui queste caratteristiche vengono totalmente o parzialmente incorporate nel soggetto. Alla fine di questo processo, tuttavia, permane la separazione tra le caratteristiche del Sé e dell'oggetto. La rappresentazione del Sé è quindi costruita a partire dalla progressiva assimilazione di queste esperienze, quelle che il bambino fa inizialmente del proprio corpo, poi sempre più interagendo con il mondo esterno e con le successive identificazioni con i suoi oggetti. A queste identificazioni seguono le attribuzioni di uno status speciale, quello di una rappresentazione parentale che chiamiamo *introietto*.

RAPPORTI TRA LE IDENTIFICAZIONI E SENTIMENTI DI SICUREZZA

Le identificazioni del bambino compaiono al momento in cui compie i primi passi nella propria separazione dall'oggetto d'amore, da chi lo accudisce, ovvero dalla madre. Questo percorso ha delle origini intrapsichiche estremamente

precoci. Attraverso il passaggio intergenerazionale, esse possono addirittura precedere il concepimento e la nascita del bambino: entrambi i genitori, la madre e il padre, sono portatori dei prodotti delle identificazioni dei propri genitori, a loro volta tramandatisi di generazione in generazione, anche se sempre e in ogni individuo, modificate dalle esperienze e dalle fantasie infantili e dell'adulto: è così che un bambino viene "atteso". Le aspirazioni dei genitori, nel bambino, costituiscono anche un patrimonio dal quale il bambino stesso può attingere attraverso il rapporto con i suoi oggetti d'amore esterni. Queste prime identificazioni con gli oggetti costituiscono anche la base per la formazione del Sé ideale. Inizialmente le identificazioni con i genitori rimangono relativamente aderenti alle identità parentali; poi, man mano che il bambino cresce e incomincia a emanciparsi, si differenziano delle immagini di Sé sempre più diverse da quelle attese dai genitori. Tutto questo fa parte dei processi di individuazione e separazione del bambino, e sappiamo anche che non vi è alcuno di questi passi esente da conflitti, a volte estremamente sofferti. La colpa e la vergogna sono sentimenti che viaggiano fianco a fianco con questi movimenti evolutivi del bambino. Si viene infatti a creare una struttura intrapsichica di controllo, di verifica e giudizio dello sviluppo del piccolo, in particolare un "controllore" di tali ideali, dello stato intrapsichico attuale (desideri, fantasie, pensieri), nonché dei comportamenti associati: questa istanza psichica di controllo è il Super-io. Esso origina da quell'insieme di relazioni introiettate, da quel precipitato di regole, rimproveri, rinforzi e utili consigli, di cui il bambino ha fatto esperienza. Il Super-io origina quindi sulla base delle prime identificazioni del bambino e dalla assimilazione mediante l'introiezione delle regole, dei condizionamenti, delle proibizioni dei genitori e dell'ambiente sociale. Il Super-io è quindi un condensato di oggetti interni (qui nel senso di matrici di esperienze di relazioni divenute abituali e stabili), che hanno acquisito lo status speciale di regolatori del comportamento sociale. Tale status speciale si deve anche al fatto che, come tutti gli oggetti interni, esso si struttura anche sulla base di tutte le fantasie, associate a queste esperienze, e delle distorsioni dei funzionamenti propri dell'Inconscio. Il Super-io funge quindi da barriera che protegge l'Io dalle richieste incessanti della vita istintiva. Questa ipotesi è coerente con le affermazioni di Freud²¹⁹ sul fatto che, "mentre l'Io è sostanzialmente il rappresentante del mondo esterno, della realtà, il Super-io all'opposto si erge quale rappresentante del mondo interno, dell'Es" (p. 498) e che "l'Io forma il proprio Super-io dall'Es" (p. 501). Il Super-io, assieme alla coscienza percettiva, forma il secondo "nucleo" dell'Io (Freud, 1927, p. 506), allora giungiamo al seguente schema generale. L'Io e il Super-io possono essere descritti come una concatenazione di sistemi mnesici – ossia, una serie di internalizzazioni strutturate –

²¹⁹ Freud, S. (1922), L'Io e L'Es. OSF, vol 9.

che funziona come una successione di barriere per gli stimoli. Questi sistemi di filtro occupano la regione tra i sistemi percettivi da una parte e le spinte istintuali dall'altra. Queste barriere si fondono con il Super-io a livello dell'estremità terminale istintiva. Questo significa che il livello più profondo della gerarchia dei sistemi derivati dalle percezioni dell'Io fa anch'essa parte di questo secondo nucleo. Il Super-io è perciò sia la parte più sofisticata che quella più primitiva dell'Io: potremmo dire che rappresenta nell'individuo *l'incontro tra l'adulto e il bambino*. Esso acquisisce pertanto per il soggetto la funzione di *guida*, il cui grado di benevolenza (o severità), di mediazione (o di rigidità) rispetto alle intemperanze e alla spontaneità istintuale è dato dalle modalità con cui sono stati risolti i primi conflitti infantili (in sostanza dalla quota di ansia sollevata dal conflitto da una parte e dalle difese – evolute o arcaiche – impiegate dall'altra).

Il bambino vive ogni conflittualità interna come una possibile fonte di dolore. I sentimenti dolorosi stimolano automaticamente l'apparato psichico a reperire tutte le soluzioni utili per allontanare da sé ogni fonte di danno ai tessuti organici e all'integrità psicologica della persona²²⁰. Vedremo come le esperienze di dolore e le relative soluzioni adottate motivino le persone a spingersi sempre di più nella direzione di identificazioni con il *Sé ideale*. Se il dolore persiste, avremo una perturbazione e/o un'interruzione dello sviluppo normale, dovuta alle continue interferenze generate dall'ansia o dal ritiro depressivo con le associate reazioni di tipo difensivo rispetto alle percezioni derivate dalla realtà corrente (*Sé attuale*).

L'INTEGRAZIONE DELL'IDENTITÀ: LA FASE DELLO SPECCHIO

Il bambino, nelle sue interazioni con il mondo, sviluppa le sue nozioni sulla base delle esperienze che vengono mediate dalle proprie parti corporee, le quali sono in rapporto con la realtà esterna. Inizialmente queste nozioni risultano frammentate, come sono separate le fonti da cui originano queste sensazioni (la bocca, la pelle, i genitali, l'interno del corpo, etc.). Il bambino acquisisce così un proprio schema corporeo non integrato: ad esempio, le sensazioni proprie oggettive provenienti dalla bocca con il seno, del proprio corpo contro il petto della madre, la sensazione della propria bocca vuota nel momento in cui il bambino piange per la fame, il bruciore degli occhi che lacrimano, la proprioce-

²²⁰ Le ricerche di Spitz (1949) sull'*angoscia dell'estraneo* (o angoscia dell'ottavo mese) hanno dimostrato che nel bambino piccolo, non esistendo dei netti confini tra l'interno e l'esterno del proprio corpo e del Sé, non esiste una demarcazione netta tra integrità fisica e integrità psicologica. Ogni dolore fisico (sia esso esterno o riferito al corpo) è indistinto dalla paura (interna) di soffrirne, e viceversa: ogni *caduta di sicurezza interna è dolore*, indipendentemente dall'irritazione o dalla lesione tissutale.

zione nel movimento, le sensazioni tattili della mano che tocca il proprio corpo o quello della madre, le zone erogene e la loro stimolazione, sono tutte esperienze che daranno importanti informazioni percettive al bambino. Jacques Lacan, un influente psicoanalista francese, sostiene che, inizialmente, ciascuna di queste esperienze percettive rimane separata dalle altre senza che vi sia alcuna integrazione tra loro (non esiste il Sé)²²¹. Tra i 6 e i 24 mesi, secondo modalità e tempistiche estremamente variabili da bambino a bambino, si sviluppa la conoscenza delle singole parti del corpo. Ciascuna, quindi, acquisisce una sua vita e progressivamente una sua “storia”, secondo modalità e binari inizialmente, si è detto, molto separati. Nella cosiddetta *fase dello specchio* (intorno al 18° mese di vita del bambino), secondo Lacan, il bambino scopre la sua immagine allo specchio: è in questo momento che avverrebbe la prima esperienza di *identificazione*, che Lacan intende qui nel senso letterale, ovvero della originaria esperienza di formazione della propria identità. Nella fase dello specchio gli elementi disarticolati delle esperienze grezze delle percezioni corporee, che erano frammentate nella prima fase dell’infanzia, si ricompongono ora in un’unica immagine nella percezione visiva del proprio corpo di bambino. La propria effigie allo specchio è un’immagine virtuale, che il bambino associa con la percezione uditiva del proprio *nome* e, allo stesso tempo, una percezione che acquisisce pregnanza emotiva in quanto associata all’esperienza della presenza dell’oggetto esterno (la madre), che lo vede e lo chiama così. Secondo Lacan, questa esperienza dà l’avvio a una scissione insanabile nella vita psichica dell’individuo tra quello che egli chiama *me* (*moi*, in francese), derivante dalle proprie percezioni endogene, e l’*Io* (*Je* in francese), qui inteso come derivante dalla percezione della propria immagine nell’esperienza dello specchio: “Quello sono *Io*”. Per Lacan, questo momento è un’*appercezione*²²² significativa in quanto si verifica l’importante spaccatura tra la percezione introspettiva del bambino e l’attribuzione simbolica e linguistica a quell’immagine rispecchiata di Sé (sulla quale Lacan fonderà la sua metapsicologia). In questa sede, tuttavia, non si intendono approfondire gli aspetti teorici e le controversie

²²¹ Lacan, J. (1977). The mirror stage as formative of the function of the I as revealed in psychoanalytic experience. In: Jacques Lacan. *Ecrits: A Selection*, ed. A. Sheridan. London: Tavistock/Routledge, pp. 1-7.

²²² In psicologia l’*appercezione* è quel processo attraverso il quale una nuova esperienza viene assimilata negli schemi dei vissuti precedenti di una persona, combinandosi con questi e formando così un nuovo insieme. In sintesi, consiste nel vedere una nuova situazione nell’ottica di quelle passate. In questo senso, tale termine potrebbe essere associato a quanto Piaget chiama *assimilazione* delle esperienze da parte del bambino. In filosofia, il termine *appercezione* sta a indicare una forma particolare di percezione mentale, che si distingue per chiarezza e consapevolezza di sé. Fu introdotto dal filosofo Leibniz per definire la “percezione della percezione”, ossia la percezione massima perché situata al più alto livello di autocoscienza, o *coscienza riflessiva* (o coscienza secondaria).

legate alla “filosofia psicoanalitica” di Lacan: la formazione di chi scrive non consente di commentare il pensiero di questo autore, un pensiero che si è andato strutturando in una sistematizzazione concettuale, filosofica e linguistica, molto complessa. Quanto segue è pertanto una nostra “utilizzazione” teorica di un interessante concetto proposto da Lacan, la cui descrizione potrebbe discostarsi anche molto dal significato originario, in quanto frutto di una interpretazione del tutto personale, forse lontana da chi si è formato seguendo una lettura guidata e approfondita di Lacan²²³. Siamo pertanto dell’avviso che, limitandoci alla descrizione della fase dello specchio presente nella teoria lacaniana e adattandola un po’ alle nostre necessità di descrizione dello sviluppo del Sé (per come ne abbiamo parlato finora), non stiamo facendo un eccessivo torto a questo autore, relegandolo nel proverbiale “letto di Procuste”, ma un tentativo di valorizzare l’importanza di un dialogo tra punti di vista diversi all’interno della psicoanalisi. In fondo, se facciamo una similitudine con un gruppo di uomini ciechi che si apprestino a riconoscere un elefante al tatto, solo mettendo insieme i diversi rilievi ci si potrà avvicinare alla ricostruzione dell’oggetto totale. Allo stesso modo, la natura dell’apparato mentale si potrà chiarire di più solo quando questi punti di vista compartimentalizzati e divergenti potranno convergere in un insieme più integrato di considerazioni teoriche. Pertanto ci è sembrato utile evidenziare l’importanza che ha, per lo sviluppo del bambino, l’acquisizione della *specularità* relazionale, ossia la rilevanza di un’esperienza percettiva di se stesso, che renda coesa la rappresentazione del Sé. Questa scissione dell’esperienza mentale costituirà il punto di partenza della conflittualità insita nelle identificazioni successive nel corso dello sviluppo e quindi nella formazione del carattere. Nell’analogia dello specchio di Lacan, l’esperienza di coesione dal confronto con una realtà esterna può essere legata allo specchio come oggetto concreto, ma anche dal *rispecchiamento* nella relazione con un essere vivente significativo, quale è la madre. Questa esperienza di coesione speculare avviene ovviamente anche attraverso altre modalità sensoriali, non solo con la vista: sentirsi sì compreso dallo sguardo della madre, ma anche sentirsi in sintonia (nel senso della sensorialità uditiva) nel dialogo verbale e non verbale con essa, oppure percepire un contatto corporeo della madre aderente alle proprie esigenze di bambino, etc.. Nello sviluppo dell’identità del bambino, quindi, le prime sensazioni e percezioni che derivano dai sensi, rispettivamente rivolti verso l’interno e verso l’esterno, diventano parti del Sé. In questo senso, se cerchiamo di sintetizzare quanto finora esposto, la fase dello specchio condivide anche delle analogie con l’identificazione primaria, che rappresenta un

²²³ Questo è il problema delle teorie ufficiali: ogni clinico in realtà le usa come crede, e tale uso è sempre soggetto al conflitto con l’ortodossia e con l’adesione all’interpretazione delle cosiddette autorità accreditate (dalla propria o dalle altrui scuole).

modo primitivo di costituzione del soggetto (*Sé*) sul modello di un altro (*altro da Sé*), senza che vi sia tuttavia una separazione che renda distinti e indipendenti il soggetto dall'oggetto dell'identificazione.

LE SINDROMI DA MISIDENTIFICAZIONE

Il concetto *identificazione*, nelle sue diverse articolazioni, si è dimostrato anche di rilevante utilità e validità *in ambito clinico*. Già Freud ne aveva indicato il ruolo svolto nella *melanconia* o *depressione*, associandolo alla relazione con l'oggetto perduto. Un altro esempio di identificazione lo troviamo nel *contagio emotivo* per immedesimazione che avviene in una folla, ad esempio quando vi è la diffusione del panico. Successivi autori hanno approfondito il possibile contributo alla psicopatologia da parte di dinamiche molto precoci di identificazione, quali l'identificazione proiettiva come modalità relazionale centrale nel *disturbo borderline* di personalità o le primitive dinamiche identificatorie con le figure genitoriali di riferimento che, oltre a strutturare il nucleo centrale del *Sé*, possono associarsi a quelle vulnerabilità che si evidenzieranno poi nel *disturbo narcisistico di personalità*.

Esistono poi anche rari disturbi mentali, che possono trovarsi associati a lesioni neurologiche, o a malattie psichiatriche: le *sindromi da misidentificazione*. I processi di identificazione permettono l'aggregazione dell'identità del bambino, una strutturazione che rimane potenzialmente labile e suscettibile a regressione nel corso di tutta la vita. Questo accade tipicamente nei disturbi dissociativi, in genere provocati da traumi psicologici, ma possono presentarsi anche come conseguenza di determinate lesioni cerebrali. Qui è la patologia organica a rivelare le molteplici stratificazioni che compongono la nostra identità personale. Le *sindromi da misidentificazione* più esemplari sono la sindrome di *Capgras* e la sindrome di *Fregoli*. Il paziente affetto dalla *sindrome di Capgras* ha l'inquietante certezza che una particolare persona, significativa e importante della sua vita, un familiare, un parente o il partner, il suo cane (o addirittura un oggetto inanimato, come la sua casa), è stata sostituita da una copia, o un sosia, un impostore che mantiene l'apparenza esterna della persona originaria, ma che viene sentito come una persona estranea, aliena, con convinzione delirante. Christodoulou²²⁴ ritiene che la fisiopatologia della sindrome di Capgras riguardi la perdita nella capacità identificatoria dell'individuo: vi sarebbe, in particolare, un decremento della capacità di identificarsi dell'individuo (un'*ipo-identificazione*), che viene quindi a percepire una persona familiare solo nelle sembianze

²²⁴ Christodoulou, G. N. (1991). The delusional misidentification syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 14: 65-69.

esterne ma che, una volta disinvestita affettivamente delle identificazioni del soggetto, diventa un impostore. Un disturbo analogo delle capacità identificatorie, anche se diametralmente opposto, è presente nella *sindrome di Fregoli*. Questa sindrome è così chiamata per il riferimento al famoso attore e trasformista italiano Leopoldo Fregoli, la cui specialità consisteva nell'assumere, mediante spettacolari cambi di costume, le sembianze di una moltitudine impressionante di personaggi. In questo disturbo, il paziente vive nella convinzione delirante che le più diverse persone effettivamente presenti intorno a lui, siano in realtà la stessa persona che cambia nelle fattezze, nella fisionomia del volto e nel vestirsi. L'identità della persona che il paziente crede nascosta viene ritrovata sotto false sembianze in molte persone: in questo caso, avviene un investimento eccessivo della funzione identificatoria (ovvero un'iperidentificazione). I sintomi rilevabili nella sindrome di Capgras e di Fregoli, in genere dovuti a disturbi neurologici, a malattie neurodegenerative o a gravi disturbi psicotici, riflettono (per difetto o in eccesso) quello che è il funzionamento normale delle identificazioni di un individuo. Ad esempio, nelle persone che hanno subito una perdita di un loro caro, o una separazione dal partner, vi sono momenti in cui la persistenza dell'investimento affettivo per la persona perduta fa sì che l'individuo soffra di un vissuto, peraltro molto comune, di vedere in ogni passante, la persona di cui si sente la mancanza: questi fenomeni illusori sono basati sugli stessi meccanismi di iperidentificazione delle sindromi da misidentificazione, e la persona in questo caso si trova a soffrire, se così si può dire, di una *sindrome di Fregoli "funzionale"*.

LO SVILUPPO DELL'IDENTITÀ E IL NARCISISMO

La teoria psicoanalitica del narcisismo parte dalla considerazione che il prototipo di tutte le relazioni oggettuali è rappresentato, nella prima infanzia, dalla relazione con il proprio corpo. "*L'Io è primariamente ed innanzitutto un Io corporeo*", diceva Freud, e il primo oggetto che viene scoperto nel mondo esterno è la propria entità corporea. Inizialmente, il nostro corpo sarebbe vissuto come un oggetto alieno, una fonte di sensazioni dotate di qualità diverse, che emergono da recettori sensoriali superficiali e profondi (fra cui anche quelli che ci informano della consapevolezza passiva del movimento) e, in modo ancora più importante, dai nostri principali bisogni somatici interni, che regolarmente richiedono soddisfacimento e s'impongono alla nostra attenzione nella forma di disagio acuto, come avviene per gli spasmi della fame.

Anna Freud, che amava esprimersi con un linguaggio essenziale e rifuggiva dal gergo psicoanalitico, sosteneva che il *narcisismo* consiste semplicemente nel "*volere bene a se stessi*". Questo concetto, nella teoria psicoanalitica, diventa decisamente più complesso, nello sviluppo nel bambino, quando si intreccia con

la descrizione della capacità di “*volere bene a qualcun altro*”. Intorno alla nascita, infatti, il bambino non ha ancora pronte le strutture cognitive e affettive per permettergli di differenziare la percezione primitiva dell’oggetto da quella di sé stesso. Questa condizione di partenza costituisce la base per comprendere l’emergere dello stato mentale definito di *narcisismo primario*²²⁵. La confusione di aspetti percettivi del Sé e dell’oggetto (si veda la Figura 14) può essere tradotto verbalmente: “*Tutto il mondo è me, e io sono tutto!*”, un’espressione che esprime i vissuti di onnipotenza e megalomania infantili, quando essi sono all’apice (ossia nei primi mesi di vita).

Con lo sviluppo, anche grazie alla maturazione biologica dell’apparato percettivo che diventa sempre più sofisticato, il bambino inizia a distinguere che cosa è “*me*” e cosa è “*non me*”: iniziano così a delinearli quelli che sono i confini tra il Sé e gli oggetti, anche se tali oggetti rimangono inizialmente disinvestiti di affetti. Potremmo concepire questa fase di passaggio come se la madre, e la sua corrispondente rappresentazione interna, fosse vissuta dal bambino come un’estroflessione funzionale, una specie di protesi inanimata atta a soddisfare il bambino in ogni momento di bisogno (si veda la Figura 15).

Gli affetti non si sono ancora riversati nel mondo degli oggetti. Potremmo immaginare che, se potesse esprimersi verbalmente, il bambino direbbe: “*Sì, va bene, forse non tutto è me: tu esisti... ma solo per me!*” Il bambino, secondo Freud, dopo questa fase, fa sempre più fatica a mantenere tutto ciò che dà piacere come parte dell’*amato Sé* e di collocare tutto ciò che è spiacevole o doloroso nell’*odiato non Sé*. Freud²²⁶ affermò che *l’odio è più antico dell’amore* e che la prima reazione del bambino piccolo, quando percepisce i bisogni corporei come fonte di stimolazione esterna imprevedibile e indesiderata, è proprio una reazione di odio: il desiderio è quello di sbarazzarsi di queste brutte sensazioni, di essere lasciati in pace, di poter tornare allo stato beato che esisteva prima della nascita.

L’atteggiamento più primitivo in tutti noi verso il mondo oggettivo esterno – con tutte le sue frustrazioni e privazioni – è quindi inizialmente ed essenzialmente quella di *odio*. L’odio origina fondamentalmente dalla frustrazione per le esperienze di dipendenza e, in ultima analisi, da ogni esperienza di separazione. La realtà (la vita) ci insegna che l’onnipotenza narcisistica infantile non

²²⁵ Inizialmente Freud postulava l’esistenza di una fase primigenia dove non esistono i confini del Sé e che chiamava dell’*autoerotismo*. Con la comparsa dei confini del Sé inizia la possibilità di racchiudere all’interno del Sé gli affetti, condizione che definisce il narcisismo primario. L’utilità clinica di questa ipotesi si è dimostrata molto relativa e ai nostri fini ci limiteremo a descrivere semplicemente l’emergere del bambino dallo stato di narcisismo infantile. Anche la nozione di uno stato di narcisismo primario non è ammessa da tutti gli psicoanalisti, dove in particolare la Klein la oppone quando dice che fin dalla nascita nel bambino esiste una distinzione tra Sé e oggetti.

²²⁶ Freud, S. (1922), *L’Io e l’Es*. OSF, vol. 9.

funziona: le esperienze di vita dimostrano al bambino che il resto del mondo non sostiene la sua convinzione egocentrica di essere il centro dell'universo (con l'unica eccezione dei nostri genitori, e solo quando riescono a sopportare con paziente tolleranza questa condizione infantile). Il bambino piccolo, ovviamente, rifugge e resiste dall'apprendere questa lezione: questa lotta tra la spinta a riappropriarsi del benessere primigenio perduto con la nascita, e l'indifferenza che la realtà dimostra rispetto alle nostre esigenze più impellenti, comporta una serie di battaglie dove le pretese narcisistiche infantili sono destinate a perdere, per essere sostituite, nel migliore dei casi, da una trattativa fatta di progressive rinunce all'egocentrismo infantile che durerà per tutta la vita.

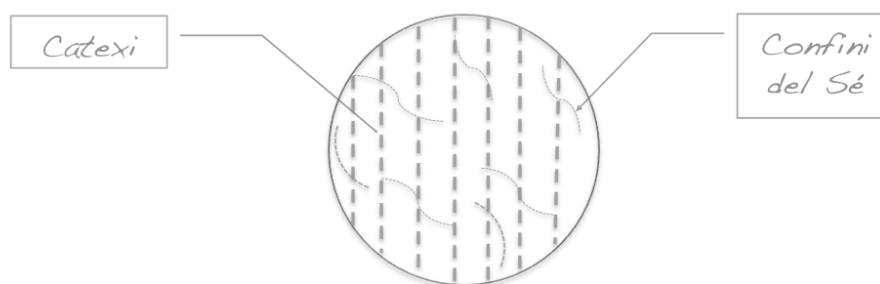


Figura 14: Situazione iniziale nella fase di narcisismo primario
 Modificata da Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001) I modelli della mente di Freud. Milano: Franco Angeli.

Vi è tuttavia anche un'altra tendenza altamente motivante l'apparato psichico e direttamente collegata agli stessi processi biologici che portano all'origine stessa della nostra esistenza. Ci stiamo riferendo al processo della selezione naturale che ha dato origine, oltre che alle spinte sessuali, anche a quelle di autoconservazione. La nostra specie non sarebbe mai riuscita a sopravvivere, se non avesse trovato un modo per adattarsi all'ambiente e se non fosse riuscita a soddisfare i propri bisogni biologici nella situazione adattativa contingente. È da queste fondamentali basi genetiche che si generano le pulsioni sessuali infantili che tendono a *investire affettivamente*²²⁷ il mondo oggettuale – quale fonte di sti-

²²⁷ Freud direbbe a investire di *libido*, o libidinizzare l'oggetto. In questo scritto, pur

moli imprevedibili e indesiderati – per assimilarlo dentro di noi, impossessandocene e trasformandolo in una parte del nostro Sé.

La prima relazione d'amore si viene a stabilire partendo dall'amore di tipo narcisistico per il proprio sé materiale, il nostro corpo. Ma questa relazione è fin dall'inizio (e per ovvie ragioni) una relazione profondamente ambivalente poiché, sotto la superficie del nostro amore per il corpo – e dietro alla sensazione che esso sia effettivamente una parte del nostro sé e che esso possa sottostare al nostro controllo onnipotente – rimane sempre presente anche la consapevolezza inconscia che esso sia realmente, e fundamentalmente, una cosa aliena, qualcosa che disturba il nostro bisogno di tranquillità e che richiede la nostra attenzione, qualcosa che è sotto molti aspetti ben lungi dall'essere sotto il nostro totale controllo. Spesso il nostro corpo, specialmente nella malattia, ci dimostra come esso appartiene, o meglio appartiene anche, all'odiata realtà esterna.

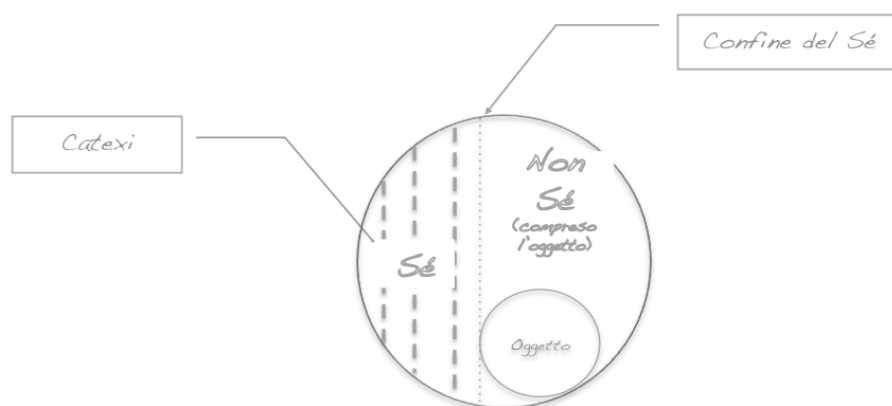


Figura 15: Situazione finale nella fase di narcisismo primario

Modificata da Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001) I modelli della mente di Freud. Milano: Franco Angeli.

privilegiando la teoria freudiana, ci atteniamo in particolare ai suoi sviluppi neofreudiani nei quali, pur mantenendo l'innegabile importanza delle pulsioni e degli istinti sessuale (libidico) e aggressivo, la priorità va a ogni urgenza perentoria, che destabilizza la nostra *omeostasi affettiva* indipendentemente dal sistema da cui origina (egoico, superegoico o pulsionale).

A causa della natura *ambivalente* della nostra relazione con i primi oggetti (il proprio corpo, la madre e, in sostanza, l'abbinamento delle due cose che crea la relazione), tutte le relazioni d'amore successive mantengono questa matrice di ambivalenza. La relazione oggettuale narcisistica con la madre è ovviamente costruita sul modello della relazione con il proprio corpo. La madre, e tutti i successivi oggetti di riferimento primario, rappresentano altri elementi essenziali per la preservazione della vita, fonti di benessere, di bontà e di sollievo dal dispiacere. Pertanto, anche la madre viene assimilata nel nostro Sé tanto amato, portandola in questo modo, nella fantasia, in una sfera di controllo onnipotente. Ma anche la madre, persino in misura maggiore di quanto non faccia il Sé corporeo, si presta a infrangere questa illusione e a ferire la nostra visione narcisistica del mondo, rivelandosi come un'entità separata e indipendente, capace di scomparire, di frustrarci e di rifiutarsi di eseguire i nostri comandi, in sostanza, di tradire il fatto che anch'essa appartiene, in fondo, alla odiata realtà esterna (si veda la Figura 16).

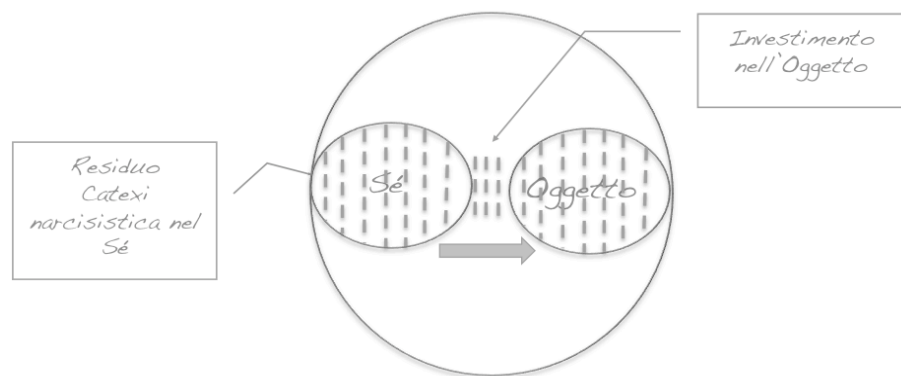


Figura 16: Inizio dell'investimento oggettuale

Modificata da Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001) I modelli della mente di Freud. Milano: Franco Angeli.

Sulle fondamenta di questi investimenti narcisistici precoci, s'impiantano poi tutte le nostre relazioni libidiche con il mondo esterno degli oggetti. Queste relazioni successive diventano sempre meno egocentriche e, lungo tutto il processo dello sviluppo, avviene un cambiamento importante nel nostro intero

concetto del mondo che comporta alla fine, quale punto di arrivo raggiunto con riluttanza, l'accettazione del fatto che il mondo è realmente separato da noi e anche piuttosto indifferente ai nostri bisogni più urgenti. È a questo punto che avviene il primo passaggio che dal narcisismo ci porta progressivamente a quello che chiamiamo l'amore oggettuale (Figura 17). L'urgenza vitale sessuale (dove la spinta biologicamente determinata svolge un ruolo inizialmente predominante) fa sì che l'equilibrio tra le due tendenze (quella verso il ritiro narcisistico e quella verso la ricerca oggettuale) sia sempre precario e che progressivamente si sposti verso la ricerca di una gratificazione oggettuale, diminuendo la tendenza a evitare l'odiato "Non Sé" e a tendere verso un "Non Sé da amare". Quando la situazione interna del bambino si delinea in questo modo, ove il confine tra Sé e non Sé non si è ancora saldamente costituito, il bambino spesso si confonde con l'oggetto in uno stato mentale di "identificazione primaria" (che corrisponde grossomodo al bivio che si pone all'apparato psichico del bambino nella fase del rispecchiamento descritta da Lacan). La condizione ideale è quindi quando il bambino può sentire di *volersi bene almeno quanto riesce a voler bene a un altro*, per usare il linguaggio essenziale di Anna Freud.

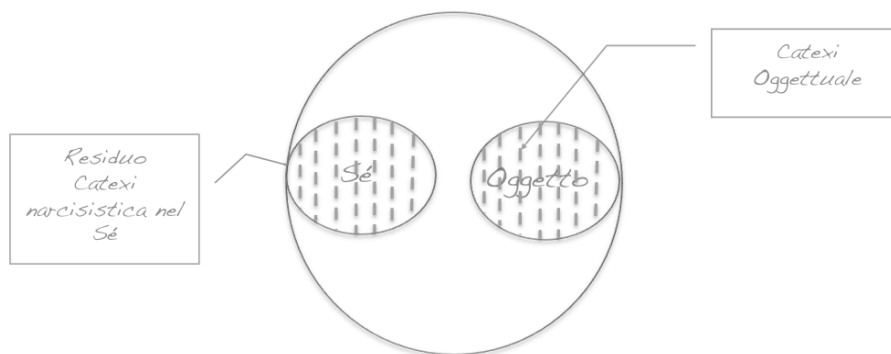


Figura 17: La maturità, situazione all'equilibrio tra narcisismo e amore oggettuale
 Modificata da Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001) I modelli della mente di Freud. Milano: Franco Angeli.

Vi sono delle condizioni che tuttavia rendono questo delicato equilibrio difficile da raggiungere in modo stabile. In talune condizioni vi sarebbe quindi una regressione degli affetti dall'oggetto, mediante un *ritiro narcisistico*. Freud ha

denominato questa condizione *narcisismo secondario* (Figura 18). Egli riteneva che in condizioni quali la malattia psichica (in gravi disturbi su base narcisistica, come la psicosi o la depressione), la malattia fisica, in condizioni normali come nel sonno (e nel sogno in particolare), dopo perdite luttuose, importanti separazioni, o mutamenti di vita importanti, gli affetti tendano a riconcentrarsi elettivamente nel Sé, senza tuttavia mai poter abbandonare del tutto l'investimento oggettuale una volta instauratosi. Il narcisismo secondario aumenta gli investimenti affettivi nel Sé, proprio come i depositi su un conto bancario aumentano il saldo totale del conto. Ma come nel mondo economico, una volta scoperto il potenziale vantaggio negli investimenti oggettuali, il bambino mantiene viva la tendenza anche a investire sugli oggetti mediante la capacità di identificarsi. Il narcisismo secondario, quindi, è una condizione che generalmente testimonia della presenza di uno squilibrio omeostatico del rapporto ideale tra sano narcisismo (*volersi bene e realizzarsi*) e amore oggettuale (*riuscire ad amare*).

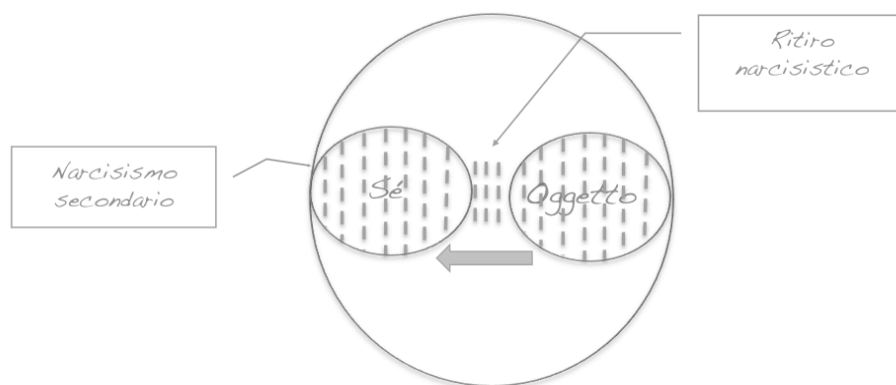


Figura 18: Ritiro narcisistico

Modificata da Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001) I modelli della mente di Freud. Milano: Franco Angeli.

Tuttavia, vi sono condizioni particolari che permettono, al contrario delle situazioni fisiologiche e patologiche sopra descritte, di rafforzare l'equilibrio tra investimenti narcisistici e oggettuali così arduamente conquistato. Questa modalità particolare di narcisismo secondario si attua mediante l'*identificazione secondaria* (Figura 19). Con questo processo, il soggetto apporta significative modificazioni al Sé che si plasmano su alcune caratteristiche importanti rilevate negli

oggetti. Tali caratteristiche, inoltre, possono essere di tipo positivo (ma anche negativo²²⁸) verso aspetti ammirati (o odiati) di un oggetto significativo. La persona, o una qualità di una persona, in quanto ammirata, valorizzata e stimata, viene, secondo Freud, investita affettivamente. Tale carica affettiva verrà poi “trasferita” alla rappresentazione del Sé, quale copia dell’attributo “di valore” dell’oggetto, attraverso i vari passaggi dell’identificazione (identificazione confusiva, o fusione; calco o imitazione; duplicazione o immedesimazione).

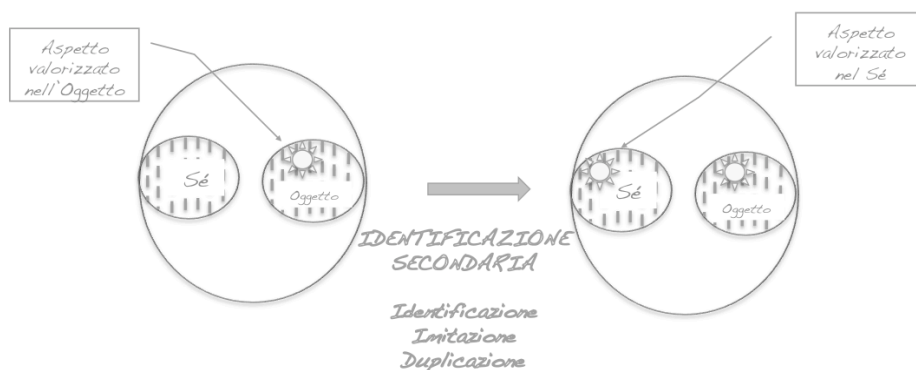


Figura 19: Identificazione secondaria

Modificata da Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001) I modelli della mente di Freud. Milano: Franco Angeli.

Progressivamente, una parte del Sé viene percepita come *identica* all’aspetto “valorizzato” dell’oggetto. Questa “duplicazione” nella visione economica di Freud comporterebbe quindi, nell’ambito del mentale, un’eccezione alla legge vigente nelle scienze della natura di Lavoisier (che stabilisce che “*nulla si crea e nulla si distrugge*”), in quanto aumenterebbe “il conto in banca del Sé” senza che vi sia una diminuzione negli investimenti oggettuali. Questo è il metodo comune per conseguire il narcisismo secondario in modo da promuovere (invece che contra-

²²⁸ Il nostro Sé si definisce infatti anche sulla base di “identificazioni negative” (o controidentificazioni): il Sé è dato ovviamente da “*tutto quello che sono*”, quanto da “*tutto quello che non vorrei mai essere*”.

stare) la crescita dell'individuo. Un altro esempio del conseguimento del narcisismo secondario, mediante identificazioni secondarie, avviene quando l'individuo tiene fede ai propri ideali, li persegue e vi si identifica secondo modalità realistiche. In questo senso, Freud mise in evidenza che: "lo sviluppo dell'Io consiste nel prendere le distanze dal narcisismo primario e dà luogo a un intenso sforzo per recuperarlo. Questo allontanamento si effettua per mezzo dello spostamento della libido da un'ideale dell'Io imposto dall'esterno, e il soddisfacimento è ottenuto grazie al raggiungimento di questo ideale" (p. 470). Inoltre, egli aggiunge che: "il narcisismo appare ora spostato su questo nuovo Io ideale che si trova in possesso, come l'Io di quando si era bambini, di tutte le più preziose qualità... Ciò che egli proietta davanti a sé come proprio ideale è il sostituto del narcisismo perduto dell'infanzia, di quell'epoca, cioè, in cui egli stesso era il proprio ideale" (p. 64, sottolineatura dei curatori)²²⁹.

La crescita dell'individuo è quindi favorita dalle identificazioni secondarie con le qualità affettive e con lo stile cognitivo degli oggetti esterni (gli "altri" significativi che lo circondano). Progressivamente questo fenomeno si "internalizza" sempre più, con enorme guadagno in termini di autonomia e indipendenza del bambino, se le identificazioni riferite agli incostanti e non sempre disponibili oggetti esterni (i genitori, i *caregiver*, gli educatori) si spostano sui propri oggetti interni, sui propri introietti, e sugli ideali. Tutte queste identificazioni progressivamente portano le conferme e i rifornimenti narcisistici necessari per abbandonare una soluzione adattativa una volta divenuta obsoleta in favore di una nuova (la soluzione più antica non viene mai abbandonata in via definitiva, secondo il concetto della *persistenza delle strutture*)²³⁰. Tale passaggio non è mai agevole per l'inevitabile minaccia di destrutturazione a ogni passaggio evolutivo: ogni passo in avanti nella crescita viene percepito come una perdita in termini di livelli di sicurezza e benessere.

Anche Edoardo Weiss, il primo psicoanalista italiano, ha approfondito i concetti di *identificazione primaria* e *identificazione secondaria*²³¹. Secondo questo autore, l'identificazione primaria avviene tra il bambino molto piccolo e la propria madre in una fase dello sviluppo in cui non vi è stata ancora la differenziazione tra la rappresentazione di sé stessi, quindi del Sé, e quella dell'oggetto relazionale. In questa precocissima fase evolutiva, l'identificazione è una specie di fusione con l'altro affettivamente importante, che viene confuso quindi totalmente con il Sé. Tale forma di identificazione consente al bimbo di entrare in rela-

²²⁹ Freud, S. (1914b), *Introduzione al narcisismo*. OSF, vol 7.

²³⁰ Sandler, J. & Joffe, W.G. (1967) The tendency of persistence in psychological function and development, with special reference to fixation and regression. *Bullettin of the Menninger Clinic*, 31, 257-271. Tr. It. In Sandler J. (Ed.) *La ricerca in psicoanalisi*. Torino: Bollati e Boringhieri, vol. 2, 1980.

²³¹ Weiss, E. (1960). *Struttura e dinamica della mente umana*. Cortina, Milano.

zione con la propria madre e con il suo mondo esperienziale prevalentemente sulla base della comunicazione non verbale e senza riuscire a distinguere, nei vissuti esperiti, tra i contributi provenienti da sé stesso (bisogni, affetti) e quelli provenienti dalla madre. Le vicende interpersonali che caratterizzano l'identificazione primaria sono fondamentali nell'organizzazione del nucleo del Sé. L'identificazione secondaria avviene solo successivamente alla definizione dei confini tra il Sé e l'oggetto e comporta modificazioni parziali del modo di essere e di agire dell'individuo, in funzione dei medesimi aspetti personali presenti nella persona assunta come modello. Quindi, le identificazioni secondarie sono solitamente delle identificazioni parziali. È importante specificare che l'identificazione non si limita alla mera imitazione dell'altro: la persona che si identifica vive effettivamente quegli aspetti del Sé che assomigliano o sono identici al modo di essere e funzionare del modello (ad esempio il genitore) come appartenenti a sé stessa e non come assimilati sulla base di un rapporto di identificazione con l'altro significativo.

I NEURONI A SPECCHIO COME CORRELATO NEURALE DELL'IDENTIFICAZIONE

Sono anche state indicate delle possibili basi neurali per l'identificazione. In particolare, ciò è stato fatto con riferimento alla scoperta dei *neuroni specchio* (*mirror neurons*), effettuata dal gruppo di ricerca di Giacomo Rizzolatti dell'Università di Parma²³².

I neuroni specchio sono cellule nervose presenti in diverse parti della corteccia cerebrale dell'uomo e di altre specie superiori, quali i primati e le scimmie non antropoidi, che scaricano sia quando le attività cui sono preposte (in genere motorie) vengono svolte dall'individuo stesso, sia quando le stesse attività vengono osservate in un altro soggetto. Ad esempio, neuroni specchio presenti nella corteccia cerebrale premotoria che sono attivi in un individuo quando prende un bicchiere, presentano un'attivazione analoga anche quando lo stesso individuo osserva la medesima presa sul bicchiere, ma compiuta da un'altra persona. Sono stati identificati neuroni specchio non solo nelle cortecce motorie, ma anche in quelle somatosensoriali che scaricano, ad esempio, sia quando si viene toccati sul dorso della mano che quando si osserva un'altra persona che viene toccata in un punto analogo. In modo ancora più interessante per la psicoanalisi, sono stati trovati neuroni specchio nelle aree verbali motorie che sono cruciali nella produzione della parola: in queste aree (come nell'area di Broca) i neuroni specchio si attivano sia quando si produce, sia quando si ascolta la

²³² Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119 (pp. 593-609).

propria lingua madre. Sulla base di queste esperienze, quando si ascolta un altro individuo che parla la propria lingua, al contempo si articolerebbero – in un processo di “rispecchiamento” a livello cerebrale – le parole udite. Non meno importanti per la psicoanalisi sono le ricerche che evidenziano questi neuroni in quelle parti del cervello che elaborano le risposte emotive. In quest’ultimo caso, ad esempio, è stato scoperto che l’amigdala, che elabora l’emozione della paura (ma anche quella della rabbia), si attiva sia quando una persona fa direttamente un’esperienza paurosa, sia quando la osserva in un altro individuo.

I neuroni specchio sono stati sinora osservati in specie sociali e sono state attribuite loro diverse funzioni. Con particolare riferimento alla specie umana, si ritiene che essi medino l’imitazione, la comprensione del comportamento dell’altro (incluso quello linguistico), la previsione delle azioni altrui in un certo contesto, l’immedesimazione e la comprensione emotiva dell’altro (quindi, svolgendo un ruolo fondamentale in processi quali l’empatia). Diversi autori psicoanalitici che si interessano anche di neuroscienze ritengono che i neuroni specchio possano essere un elemento di basilare importanza, a livello cerebrale, per la mediazione delle diverse forme di identificazione²³³. Ciò in quanto fornirebbero una base neurale innata per fondare l’esperienza interpersonale su dinamiche in cui i comportamenti, le sensazioni, le parole e le emozioni dell’altro con cui ci si sta rapportando in un dato momento, farebbero risuonare i medesimi centri nervosi implicati quando noi stessi ci comportiamo, sentiamo, parliamo o ci emozioniamo allo stesso modo. I sistemi di neuroni specchio medierebbero quindi processi interpersonali in cui l’altro viene metaforicamente “portato dentro di sé” o, quantomeno, negli stessi circuiti neurali alla base delle nostre azioni, dei nostri sentimenti, delle nostre emozioni.

Uno sviluppo molto recente della ricerca sui neuroni specchio è relativo alla valutazione del loro possibile ruolo nell’*autismo infantile*²³⁴. Secondo alcuni studi, nei bambini autistici può essere presente un funzionamento anomalo dei sistemi di neuroni specchio, cui si associa un’impossibilità nel comprendere e nell’immedesimarsi in altre persone. Ciò farebbe avere al bambino con questo deficit un’esperienza dell’altro, non metabolizzabile, e spiegherebbe sintomi quali l’isolamento, il ritiro degli interessi dalle relazioni interpersonali, i deficit nella comunicazione (sia verbale che non verbale) e l’assorbimento in attività prive di valenza relazionale, tipici dei bambini autistici.

²³³ Olds, D.D. (2006). Identification: psychoanalytic and biological perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54 (pp. 17-46).

²³⁴ Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G., Rizzolatti, G. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *PNAS*, 104 (pp. 17825-17830).

NOTE CONCLUSIVE

Abbiamo visto, quindi, che lo sviluppo dell'identità avviene per stratificazioni successive di identificazioni. Queste identificazioni sono il prodotto di esperienze relazionali significative nella vita del bambino. Potendone dare una *definizione sintetica*, che rispetti sia i contributi teorici e clinici di tipo psicoanalitico che quelli provenienti dall'ambito neuroscientifico, si potrebbe affermare che l'identificazione è quella particolare modalità relazionale in cui un individuo si rende disponibile (o permeabile) alle influenze provenienti dall'altro. L'identificarsi funge da potenziale per il cambiamento, tanto a livello della componente funzionale/adattiva (l'Io) che di quella auto-rappresentativa (il Sé) dell'identità individuale fin dalle fasi più precoci dello sviluppo psichico, e si realizza con la mediazione della comunicazione non verbale, come di quella verbale.

7. La proiezione e altre esternalizzazioni*

«La fantasia abbellisce gli oggetti cingendoli e quasi irraggiandoli d'immagini care.
Nell'oggetto amiamo quel che vi mettiamo di noi.» Luigi Pirandello

«Credi per comprendere: comprendi per credere.» Sant'Agostino

«Passiamo metà della vita a deridere ciò in cui altri credono, e l'altra metà
a credere in ciò che altri deridono.» Stefano Benni

Sin dagli esordi della psicoanalisi, è apparso centrale definire i meccanismi di come assimiliamo l'esperienza, e di come poi la utilizziamo per comprendere il mondo. In questa ricerca è apparso subito quindi importante definire come *prendiamo dentro*, e poi come *riutilizziamo fuori* le esperienze apprese per comprendere il mondo, il nostro comportamento e noi stessi. In questo capitolo, dopo aver passato in rassegna le modalità con le quali assimiliamo l'esperienza (fondamentalmente meccanismi di *internalizzazione*, come l'identificazione e l'introiezione), passiamo a vedere come comprendiamo il mondo (a volte con modalità anche intensamente distorte) mediante processi di *esternalizzazione* dell'esperienza. I meccanismi di proiezione, e di identificazione proiettiva sono qui illustrati per chiarire come l'individuo gestisca il rapporto tra il mondo interno e la realtà esterna e come questi processi non sono solo meccanismi difensivi, ma vere e proprie funzioni operative che *costruiscono il mondo* soggettivo. In questo senso, il modo in cui l'adulto vede il mondo, le sue credenze e le sue convinzioni attuali si collegano con le esperienze precoci del bambino, e costituiscono la sua personalità.

* A cura di Cristina Vecchiet e Andrea Clarici.

La *proiezione* rappresenta il meccanismo mediante cui sentimenti, emozioni, impulsi o pensieri propri, vissuti come spiacevoli, vengono attribuiti al mondo esterno e spostati su altri oggetti o persone. Attraverso la proiezione, avviene una *dislocazione percettiva e sentimentale*: l'individuo situa inconsciamente un'esperienza interna (un sentimento, una percezione) all'esterno, o la associa a una percezione esterna. Attraverso questo meccanismo quindi, si va a cercare esternamente l'origine di un sentire interno. Nella definizione di Laplanche e Pontalis (1998)²³⁵, la proiezione è quella "operazione con cui il soggetto espelle da sé e localizza nell'altro, persona o cosa, delle qualità, dei sentimenti, dei desideri e perfino degli "oggetti", che egli non riconosce o rifiuta in sé. Si tratta di una difesa di origine molto arcaica che è in azione particolarmente nella paranoia, ma anche in modi di pensiero "normali" come la superstizione".

Come accennato nell'introduzione di questo capitolo, senza una certo utilizzo ponderato di meccanismi di proiezione, una persona non avrebbe la capacità di riconoscere il mondo, agire su esso e pensare (secondo quanto Piaget ci ha insegnato parlando di *assimilazione e accomodamento*)²³⁶. Il meccanismo della proiezione diventa disfunzionale quando non opera più in modo da permetterci un soddisfacente confronto con la realtà, o quando viene usato difensivamente in modo massiccio, condizioni che si verificano quando è avvenuta una perdita significativa dell'esame di realtà. Per esempio, questo accade nella *paranoia* dove una persona con forti sentimenti inconsci di rabbia potrebbe negare questo sentimento e proiettarlo all'esterno, arrivando poi a percepire intorno a sé persone ostili e cospiranti nei suoi confronti. Quando una persona usa la proiezione come modalità principale per comprendere il mondo ed affrontare la vita, viene pertanto clinicamente considerato affetto da un *disturbo di tipo paranoide*, uno stato mentale in genere accompagnato da un carente confine psicologico fra il sé ed il mondo esterno. Se tale disturbo appare consolidato e pervasivo nella personalità del soggetto si parla quindi di *disturbo paranoide di personalità*. L'essenza dell'organizzazione di personalità paranoide sta nella tendenza abituale a proiettare aspetti di sé, considerati negativi, sugli altri: gli attri-

²³⁵ LaPlanche, J., & Pontalis, J. B. (1998). *Enciclopedia della psicoanalisi*, Edizioni Laterza, Roma-Bari.

²³⁶ Piaget definisce l'*assimilazione* come quel processo attraverso il quale l'individuo struttura il dato esterno secondo l'organizzazione preesistente, permettendogli di conoscerlo, di attribuirgli un significato; di fatto l'*assimilazione* è un processo proiettivo, o quantomeno di esternalizzazione. L'*accomodamento*, che è il processo inverso, attraverso il quale l'individuo modifica lo schema per renderlo più idoneo alle condizioni esterne e ai nuovi schemi in formazione, è di fatto un concetto simile al concetto di *identificazione*, uno dei meccanismi per internalizzare l'esperienza.

buti non riconosciuti come propri vengono poi percepiti come minacce esterne. L'individuo paranoide imposta una vita a prendere provvedimenti in seguito a convinzioni di questo tipo: "Non sono io a provare sentimenti ostili ma è l'altro che trama contro di me". Quindi se un individuo in età adulta usa come modalità prevalente la proiezione come meccanismo di difesa, la sua percezione della realtà esterna può risultare gravemente distorta, vi possono essere manifestazioni di angoscia di tipo persecutorio, risentimento e sospettosità verso gli altri, che sono mal percepiti e mal riconosciuti nelle loro propensioni ed intenzioni²³⁷.

Questa impostazione è propria dello stesso Freud che fin da un suo lavoro del 1894, *Le neuropsicosi da difesa*, fa riferimento a questo meccanismo per rendere conto di alcuni vissuti psicopatologici, come appunto la paranoia, ma anche ad esempio la costituzione delle fobie²³⁸. A tal proposito, egli afferma "L'Io si comporta come se il pericolo di sviluppo dell'angoscia non venisse da un moto pulsionale, bensì da una percezione e può quindi reagire contro tale pericolo esterno con i tentativi di fuga degli evitamenti fobici".

È importante sottolineare come Freud ha più volte evidenziato il carattere abituale del meccanismo della proiezione, definendolo come una modalità di difesa primaria che consiste in un uso erroneo di un meccanismo altrimenti normale²³⁹. Quindi sebbene la proiezione ricopra un ruolo così importante nell'ambito del disagio psichico, essa viene utilizzata e messa in atto nella vita quotidiana anche da persone non affette da fenomeni patologici. Nelle forme più evolute e mature, la proiezione di aspetti funzionali di sé (come la capacità di comprensione degli altri e di *insight*) è funzionale per abilità soggettive quali l'empatia, l'intuizione, la sensibilità verso le sofferenze e i sentimenti altrui, e questo con evidenti vantaggi per il mondo di relazione dell'individuo. Da notare quindi il *continuum* nelle varianti delle modalità di funzionamento proiettivo, da quelle molto primitive riscontrabili nella patologia, a quelle implicate nelle abilità cognitive e affettive più evolute.

LO SVILUPPO INFANTILE E L'ESTERNALIZZAZIONE

La proiezione agisce quindi in ogni momento e durante ogni periodo del ciclo della vita psichica, ma rappresenta una modalità con un ruolo fondamentale nei primi momenti della vita infantile. La tendenza a proiettare si evidenzia non esclusivamente con funzione difensiva e quale soluzione rispetto situazioni

²³⁷ McWilliams, N. (1994). "La diagnosi psicoanalitica", Tr. It. Astrolabio, Roma 1999.

²³⁸ Freud, S. (1894). "La neuropsicosi da difesa", in *Opere*, Torino, Bollati Boringhieri, vol.2.

²³⁹ Freud, S. (1901). "Psicopatologia della vita quotidiana", in *Opere*, Torino, Bollati Boringhieri, 1984, vol.4.

conflittuali. È molto frequente infatti osservare un bambino molto piccolo attribuire ad altri, con grande e spontanea genuinità, sentimenti o vissuti che lo interessano in realtà in prima persona. Ad esempio capita spesso che un bambino accusato di qualche malefatta neghi con forza indicando un altro bambino, anche immaginario, come colpevole. In realtà in questo caso, il bambino piccolo non vive tutto ciò come una bugia, ma vive questa proiezione come una verità e si aspetta che le persone che gli sono vicine facciano lo stesso.

In questa precoce fase della vita, il meccanismo della proiezione rappresenta uno strumento di conoscenza che l'individuo ha a disposizione per conoscere e riconoscere il mondo circostante. Nella visione della *teoria strutturale-cognitiva* di Jean Piaget, scambi relazionali specifici con oggetti o persone conducono alla *proiezione di memorie* e di modalità generali di comprensione del mondo, nel processo dell'assimilazione²⁴⁰. Questa comprensione basata sulle facoltà proiettive cambia nel corso dello sviluppo; man mano che progrediscono le capacità cognitive del bambino, cambia anche il tipo di interazione con il mondo e a sua volta la possibilità di comprendere e di pensare in modo nuovo le proprie esperienze. Piaget sostiene che la tendenza all'adattamento sia innata e che essa implica l'attività dei due processi complementari, di *assimilazione* e *accomodamento*. Attraverso l'assimilazione, la realtà e l'ambiente vengono incorporate restando all'interno dell'organizzazione cognitiva già appresa, che si ha a disposizione. Nel momento in cui questa risulta insoddisfacente si può evolvere per integrare nuove esperienze: l'accomodamento è quindi un processo di progressivo adattamento psicologico che comporta lo sviluppo di nuove strutture psicologiche sempre più sofisticate e complesse. La proiezione delle memorie apprese e la capacità delle strutture di rinnovarsi consente nuove possibilità di conoscenza e adattamento. Allo stesso tempo, le nuove strutture poggiano inevitabilmente le proprie basi su quelle precedenti. Secondo Piaget, infatti, ciascuno stadio evolutivo riflette una particolare struttura mentale, deriva dallo stadio precedente, lo incorpora e, allo stesso tempo, lo trasforma all'interno delle capacità cognitive del bambino. Si deduce quindi che lo sviluppo prevede delle successive trasformazioni date dall'esperienza a partire da un nucleo temperamentale congenito, che continua a persistere. A questo proposito Joseph Sandler sostiene che *"ogni nuova informazione o esperienza viene in prima istanza percepita e mentalmente organizzata sulla base delle leggi infantili della cognizione e della percezione che Piaget ha investigato e descritto e che la risposta psicologica che ne consegue reca l'impronta di quelle particolari e primitive modalità funzionali"*²⁴¹. I Sandler riconoscono il loro debito intellettuale nei confronti della teoria di

²⁴⁰ Piaget, J. (1926). "La rappresentazione del mondo nel fanciullo", Torino, Bollati Boringhieri, 1966.

²⁴¹ Sandler, J. (1967). "La persistenza nelle funzioni e nello sviluppo psicologico"....

Piaget e l'importanza del suo pensiero per lo sviluppo del loro modello ed in generale per la psicoanalisi.

Quando questi autori sottolineano l'importanza della conoscenza dei principali stili di cognizione infantile inconscia che persistono e vengono ancora utilizzati in età adulta, sostengono che queste modalità cognitive costituiscono il "bambino dentro". Questo, per come lo intende Sandler, non rappresenta una struttura cristallizzata della vita passata, né una metafora, ma il nucleo pulsante di modalità funzionali derivate dall'infanzia. In alcuni casi, il "bambino dentro" si è avvalso di misure disadattative per risolvere i propri problemi, e queste possono ripresentarsi in età successive, rappresentando una possibile fonte di patologia psichica, con disagio per sé o per gli altri.

IL CONCETTO DI IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA:

IL PUNTO DI VISTA DI MELANIE KLEIN

Passiamo ora all'evoluzione del concetto di identificazione proiettiva. Questo è un concetto clinico nato in seno alla corrente di pensiero psicoanalitico kleiniano, ma è stato poi utilizzato anche da analisti di diverso orientamento che gli hanno attribuito significati diversi. Nella letteratura psicoanalitica, a tal proposito, l'identificazione proiettiva viene associata a processi quali l'imitazione, l'identificazione, l'empatia. Anche i contesti di applicazione di tale concetto possono variare: si passa infatti dal suo utilizzo originario come meccanismo difensivo primitivo, presente nelle più gravi patologie alla sua applicazione nell'ambito delle relazioni oggettuali in generale, e nello specifico, nella precoce comunicazione materno-infantile e nella relazione di *transfert-controtransfert* fra paziente ed analista.

Il concetto di *identificazione proiettiva* è stato utilizzato per la prima volta da Melanie Klein nel 1946 in *Note su alcuni meccanismi schizoidi*²⁴². La Klein, nel periodo storico compreso tra le due guerre, elabora la sua teoria sullo sviluppo infantile, evidenziando i meccanismi che ella vedeva alla base della formazione delle relazioni oggettuali nel lavoro clinico pionieristico con i bambini, di cui è stata una delle più illustri capiscuola. Secondo la Klein, l'identificazione per mezzo della proiezione comporta la combinazione di due processi, da una parte la scissione di parti del Sé e dall'altra la loro proiezione su (o meglio in) un'altra persona. Descrive questo meccanismo come una fantasia intrapsichica inconscia legata ai processi evolutivi che si presentano nel corso dei primi tre o quattro mesi di vita, durante la cosiddetta *posizione schizoparanoide*, quando cioè

²⁴² Klein, M. (1946). "Note su alcuni meccanismi schizoidi", in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1978, pp. 409-434.

il bambino è in preda a violenti impulsi orali, di carattere primitivo, e quindi sia di carattere libidico che aggressivo, di grande e angosciante forza.

Per poter comprendere ed immedesimarci in questo primitivo vissuto infantile, così come lo interpreta la Klein, dobbiamo cercare di spogliarci delle nostra tendenza a percepirci come “adulti organizzati ed integrati” e provare ad immaginare un modo di sentire le sensazioni interne ed esterne “dalla prospettiva emotiva e cognitiva”, per così dire, di un neonato. Possiamo ragionevolmente ipotizzare che il mondo del neonato sia piuttosto caotico e frammentato, pieno di luci, suoni, colori, odori, contatti piuttosto frammentati e separati tra loro che vanno poi a mescolarsi con le sensazioni fisiche – viscerali provenienti dall’interno del suo corpo. Ed ecco che quando un bimbo prova disagio ad esempio perché ha fame, o perché ha freddo, o perché ha mal di pancia, quel disagio diventa un dolore totalizzante, un vissuto spaventoso dal quale proteggersi. Il bambino si trova così a doversi difendere da questi potenti impulsi che minacciano la coesione del Sé. Secondo la Klein è proprio a questo punto che entra in gioco il meccanismo dell’identificazione proiettiva. Come difesa primitiva contro questa paura il piccolo utilizza in primo luogo la *scissione*, con la finalità di tenere separato il più possibile tutto quello che è buono e gradevole da tutto ciò che è cattivo. Il Sé infantile, non ancora integrato, è quindi soggetto a scindere se stesso, le sue emozioni, i suoi oggetti interni ed esterni, *in primis* la madre ed in particolare, secondo la Klein, il suo *seno*, inteso come esperienza primigenia di un oggetto nutriente che si presta ai suoi processi di proiezione e introiezione. Da una parte il lattante proietta la propria aggressività in un oggetto, che diventando il depositario di ciò che il bambino sente cattivo di sé, diventa per rappresaglia un *seno “cattivo”*, da cui di conseguenza si sente perseguitato e con cui instaura una relazione di odio che coinvolge una parte “cattiva” dell’Io. Il bambino ovviamente, secondo la Klein, proietta anche la propria *libido* in un oggetto, il *seno “buono”*, con cui il Sé buono del piccolo instaura una relazione idealizzata. La madre totalmente “buona” è sentita come completamente diversa, come se fosse un’altra persona, scissa appunto, da quella totalmente “cattiva” e, di converso, lo stato d’animo del Sé in rapporto a questi due oggetti contrapposti è diametralmente opposto: in preda a un amore idealizzato e totalizzante, quasi un sentimento oceanico di fusione, nel primo caso, e ad un angoscia di annichilimento nel secondo. Secondo la Klein, il meccanismo della scissione consente al bambino (in questa fase in cui le sue strutture psicologiche e neurali non sono mature) di preservare, tenendo ben distinti e separati, il seno buono e il Sé distruttivo. Grazie alle fantasie inconsce, proprie dell’identificazione proiettiva, le parti “cattive” del Sé vengono scisse dal resto del Sé e vengono proiettate nella madre e nel suo seno, per controllarla e prenderne possesso. In questa fase, secondo la Klein, il bambino non prova ancora sensi di colpa per le sue pulsioni aggressive, né per i suoi forti sentimenti di rabbia e rancore. La madre infatti non è ancora riconosciuta come un “oggetto totale”,

cioè come colei che assomma aspetti appaganti ma anche frustranti. In questa prima posizione (che la Klein chiama *schizoparanoide*), la madre è ancora scissa in *oggetti parziali*: cioè è sentita come un oggetto *totalmente buono* quando soddisfa i suoi bisogni primari, cioè quando è presente e lo allatta, ma anche come un (altro) oggetto *totalmente cattivo* quando è assente e lo frustra nei suoi desideri. La maturazione psichica e fisica del bambino lo condurrà ad un certo punto a percepire che in realtà la madre è soltanto una e ad abbinare le sensazioni che provengono dalla madre “cattiva” con quelle che provengono dalla madre “buona”, in questo modo l’oggetto da parziale diventa totale. A questo punto ripensando alle sue originarie fantasie aggressive e distruttive nei confronti della madre, il bambino avrà timore di averla annientata, di averle procurato in qualche modo dei danni, proverà quindi senso di colpa e conseguente bisogno di riparazione. Ci sarà così il *passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva*. Dai processi di scissione del Sé e dell’affetto si passa alla capacità di integrazione, sintesi e proiezione di parti buone del Sé nel mondo esterno (equilibrio tra dare e prendere, tra proiezione e introiezione).

In estrema sintesi, possiamo ipotizzare che nel dialogo comunicativo vi sia una identificazione proiettiva quando un individuo assume dei comportamenti comunicativi (verbali o non verbali) che ingenerano una *sottile influenza* su un altro individuo affinché quest’ultimo assuma su di sé le caratteristiche che gli sono state trasmesse proiettivamente. La persona che riceve queste “pressioni”, incomincia a sentirsi, a comportarsi ed a pensare coerentemente con quanto è stato proiettato, sentendosi, in modo più o meno inconscio, come “incastrato” in una situazione forzata dove si trova, per lo più inconsapevolmente, a recitare una parte, quasi fosse in una rappresentazione teatrale che non gli appartiene. Ed è proprio questo il punto che segna la differenza tra identificazione proiettiva e la proiezione semplice. In quest’ultimo caso infatti, nella persona “ricevente”, ovvero che funge da bersaglio di quanto evacuato dal soggetto “inviante” la proiezione, non avviene alcuna modificazione. Tornando all’esempio precedente, se viene proiettato un sentimento di ostilità, la persona “ricevente” verrà percepita come ostile dalla persona “proiettante”, ma il “ricevente” né si percepirà come tale, né subirà modificazioni emotive né di carattere conscio, né di tipo inconscio: il tutto, cioè, avviene solamente nella mente di chi proietta. Nell’identificazione proiettiva invece, ad esempio nella situazione terapeutica, lo stesso sentimento di ostilità proiettato dal paziente si insinuerà nel “ricevente” la proiezione, ovvero nel terapeuta, che inizierà a sentirsi veramente arrabbiato con il paziente (incomincerà, cioè, a sentire, senza saperselo spiegare razionalmente, quello stesso sentimento ostile che il paziente prova nei suoi confronti) e, se non giunge a una comprensione delle motivazioni profonde di tali sentimenti, farà una certa fatica a trattenere tali proprie reazioni emotive controtransferali. Riassumendo brevemente, per la Klein, l’identificazione proiettiva rappresenta un fenomeno intrapsichico di una fantasia utilizzata con fun-

zione difensiva, dove tutto avviene nel mondo interno del soggetto, e le parti del Sé che appaiono messe in un oggetto esterno sono in realtà, secondo la Klein, messe all'interno dell'oggetto interno.

Le formulazioni della Klein e dei kleiniani per quanto suggestive sono state criticate per il ricorso eccessivo del concetto di identificazione proiettiva, dove questo meccanismo viene chiamato in causa a spiegare praticamente ogni accadere psichico²⁴³. Per quanto si possa condividere il punto di vista che ogni meccanismo di difesa corrisponda a una fantasia inconscia, non tutti i meccanismi di difesa sono riconducibili all'identificazione proiettiva, come spesso sembrano alludere gli scritti kleiniani²⁴⁴. Possiamo considerare le formulazioni kleiniane come delle metafore, a volte anche molto toccanti, ed esse rappresentano forse il tentativo più riuscito per cercare di rendere a parole il caotico mondo frammentato dei primi mesi di vita del bambino. Come dice Sandler, tuttavia siamo ben lontani dal poter dimostrare clinicamente che il lattante possa rievocare, anche solo inconsciamente, delle immagini materne, includendole in fantasie, cosce o inconscie, che riguardino il destino delle proprie pulsioni aggressive e libidiche.

L'IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: IDENTIFICAZIONE O PROIEZIONE?

La Klein²⁴⁵ introducendo il concetto di *identificazione proiettiva* lo distingue da quello di *identificazione introiettiva*. L'identificazione proiettiva è, secondo la Klein, un meccanismo di difesa più primitivo, tipico dell'organizzazione dell'apparato psichico che il modello kleiniano definisce *posizione schizoparanoide*, che fa la sua comparsa nel bambino molto piccolo. Per potersi difendere da vissuti ed esperienze emotive angoscianti, l'Io immaturo del bambino le scinde, ovvero ne separa le componenti affettive piacevoli da quelle spiacevoli, proiettando sul proprio oggetto relazionale significativo, in genere la persona adulta che fornisce le cure. Secondo la Klein, pertanto, la madre stessa viene scissa in quanto oggetto gratificante e vissuta come se fosse un'altra persona da quando viene vissuta come oggetto cattivo: come se per il bambino la madre *buona* non fosse la stessa persona di quando è la madre frustrante. Nell'economia mentale del bambino, in questo modo, si otterrebbe una migliore gestione delle percezioni

²⁴³ Sandler, J. (Ed.) (1987). *Projection, Identification, Projective Identification*. Madison, CT: International Universities.

²⁴⁴ Sandler, J. (1993) On Communication from Patient to Analyst: Not Everything is Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74:1097-1107.

²⁴⁵ Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. *Scritti 1921-1958* (p. 417). Bollati Boringhieri, Torino.

provenienti dal proprio oggetto di riferimento, e le emozioni negative che prima evocavano sofferenza vengono ora tollerate maggiormente. Questa dinamica caratterizza, secondo la Klein, il rapporto nei primi mesi di vita del bambino con la propria madre, permette a un Io ancora immaturo di fare fronte a esperienze dolorose. Anche la madre non rimane immune dal provare intense sensazioni mentre il bambino prova questi sentimenti scissi: il bambino, una volta scissi i vissuti negativi (dolorosi e angoscianti), li trasmette alla propria madre sulla base di modalità comunicative non verbali. La madre, a seconda del proprio "equipaggiamento", cercherà di comprendere queste comunicazioni: a volte ci riuscirà, a volte no, altre volte fraintenderà i messaggi ricevuti dal bambino. Il bambino a sua volta, imparerà da questi scambi con la madre, e successivamente, identificandosi con quelle modalità che la madre sta adottando per riuscire a gestirli, a farle proprie. Questa parte del processo può essere considerata più propriamente una internalizzazione: la Klein la denomina *identificazione introiettiva*. La Klein considerava l'identificazione introiettiva un meccanismo di difesa più maturo rispetto all'identificazione proiettiva dove, se quest'ultima porta alla disintegrazione della personalità, attraverso i suoi processi di (a) *identificazione*, (b) *diniego*, (c) *scissione* e (d) *proiezione*, l'identificazione introiettiva inverte la tendenza entropica di tali processi portando a una riappropriazione da parte del bambino delle proprie parti scisse, e quindi a un processo funzionale alla crescita mentale.

È chiaro, da quanto appena detto, che l'identificazione proiettiva implica una dinamica relazionale complessa. La complessità che la contraddistingue implica che vi sia dapprima (a) un'identificazione con l'altro, cioè che l'esperienza soggettiva riconosciuta in un'altra persona (le sue emozioni, le sue aspirazioni, le sue fantasie, i suoi desideri) venga dapprima portata all'interno del apparato psichico del soggetto, per poi identificarsi con essa. Tale esperienza, se incontra nell'individuo una struttura psicologica non in grado di tollerare vissuti di dolore, dipendenza e/o ambivalenza, viene poi (b) denegata, (c) scissa nelle sue componenti amate e odiate. Secondo la Klein, queste parti del sé una volta (d) proiettate in un'altra persona possono prendere la forma di un'idealizzazione (dove l'oggetto delle proiezioni viene misconosciuto e investito di qualità inopportune positive), oppure di attacchi distruttivi, disprezzo, svalutazione e angoscia persecutoria (quando l'oggetto viene investito dalle proiezioni dei sentimenti ostili). Secondo la Klein, questo fenomeno è alla base quindi tutti i meccanismi importanti nella terapia psicoanalitica, quali il *transfert*, il *controtransfert*, ma anche dello sviluppo di gravi patologie, quali la psicosi o la dissociazione. L'identificazione introiettiva, secondo la Klein, implica la capacità di tollerare il dolore psichico, e quindi vissuti di comprensione della soggettività altrui e di condivisione dell'esperienza soggettiva. L'identificazione introiettiva sarebbe alla base dell'empatia verso l'altro e anche della comprensione, da parte del genitore dei bisogni del bambino. Secondo il modello kleiniano, perché

un'identificazione proiettiva da parte del bambino possa effettivamente promuovere lo sviluppo dell'Io, è necessario che il genitore oggetto delle proiezioni sia in grado di *contenere*, ovvero attuare un'identificazione introiettiva nei confronti dei bisogni e delle sofferenze presenti nel figlio: solo così, infatti, sarà in grado di restituirgli le modalità adeguate per affrontare autonomamente un giorno i bisogni espressi. L'identificazione introiettiva è anche un importante strumento clinico a disposizione dello psicoterapeuta per la comprensione dell'esperienza soggettiva del paziente.

Anna Freud, in uno dei suoi scritti più noti, *L'Io e i meccanismi di difesa*, ha approfondito lo studio dell'identificazione come un meccanismo di difesa la cui importanza emerge nell'*adolescenza*, il cui compito psico-evolutivo fondamentale consiste nell'organizzazione di un'identità individuale adulta e al cui scopo assumono un ruolo fondamentale le identificazioni con le figure del contesto familiare, come poi quelle del contesto extra-familiare²⁴⁶. Queste ultime, in particolare, consentono all'adolescente di vivere la propria identità come differente rispetto alle richieste della famiglia durante l'infanzia: nelle fasi precoci della vita, le identificazioni con i genitori avevano una parte decisamente preponderante nello strutturare l'identità individuale. Anna Freud sviluppa ulteriormente anche il concetto di *identificazione*, parlando di *identificazione con l'aggressore*. Secondo questa autrice, si tratta di un meccanismo di difesa in cui una persona, per difendersi dall'angoscia e dalle sofferenze evocate da una o più aggressioni subite (sia reali che anche solo fantasticate) si identifica con chi ha perpetrato (o crede abbia perpetrato) tali aggressioni. Questo processo difensivo ha importanti affinità e sovrapposizioni con l'introiezione²⁴⁷. Nell'identificazione con l'aggressore è come se il soggetto si dicesse "*se sono io che aggredisco, non dovrò più temere di essere aggredito*": è quindi una miscela di introiezione e di capovolgimento da passivo in attivo. Esso può manifestarsi, ad esempio, in bambini che sono stati abusati, e che, se non seguiti, tendono a ripeterne il trauma ricevuto (si veda anche a questo proposito il bell'articolo di Ferenczi sulla confusione delle lingue tra adulti e bambini)²⁴⁸.

²⁴⁶ Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. G. Martinelli Editore, Firenze.

²⁴⁷ Si veda la sezione su "L'introiezione" nel Capitolo 8.

²⁴⁸ Ferenczi, S. (1932) *La confusione delle lingue tra gli adulti e i bambini*. Opere, vol. IV, 1927-1933. Milano: Raffaello Cortina Editore (2002)

Il concetto di identificazione proiettiva è stato significativamente modificato ed ampliato da quando la Klein lo ha introdotto. A questo riguardo il contributo di Bion²⁴⁹ è stato importante perché ha trasformato il concetto di identificazione proiettiva da un meccanismo psichico primitivo, e patologico se riscontrato nell'adulto, in un concetto che delinea un processo interpersonale, nel quale il ricevente delle proiezioni è significativamente importante. Con Bion, l'identificazione proiettiva acquisisce una dimensione universale di *comunicazione interpersonale normale* in aggiunta alla originaria funzione di meccanismo di difesa intrapsichico arcaico, in quanto considerata come una forma primitiva di comunicazione fra la madre e il bambino. Bion trasforma il movimento unidirezionale della Klein dove il bambino proietta in fantasia qualcosa nella madre, in una transazione bidirezionale nella quale il contributo della madre e della sua *rêverie*²⁵⁰ è vitale per neutralizzare il potenziale distruttivo innato del bambino e per il suo sviluppo emozionale.

Nel modello del “contenitore – contenuto” di Bion²⁵¹, il bambino *comunica* con la madre attraverso l'identificazione proiettiva. La proiezione operata dal bambino è seguita dall'identificazione da parte della madre con ciò che viene proiettato. In altre parole, la madre scopre quello che sente il bambino, e lo fa sulla base della propria stessa esperienza vissuta. Secondo Bion, il *neonato trasmette nella mente* della madre, per mezzo dell'identificazione proiettiva, le sue sensazioni e le sue emozioni ancora non pensabili (che egli chiama *elementi beta*), di cui la madre diviene la depositaria. La madre, tollerando sufficientemente queste sensazioni, le metabolizza e digerisce per mezzo del proprio apparato psichico, e della funzione materna della *rêverie*, rendendoli poi utilizzabili in forma elaborata da parte del bambino (*elementi alfa*). La madre ora può restituirli al piccolo in questa forma bonificata, “digeribile” e tollerabile. Il piccolo quindi, in condizioni normali interiorizza gli elementi *alfa* della madre, quindi assumendo di nuovo dentro a sé i vissuti proiettati ma ora dotati di un senso e per questo percepibili come meno minacciosi. Gradualmente grazie alla continua interazione con la madre, il bambino introietterà anche la capacità stessa di trasformare gli elementi beta in elementi alfa, ossia la capacità di conteni-

²⁴⁹ Bion, W.R. (1959). *Attacks on Linking*. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40:308-315. Trad. it. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Roma: Armando editore, pp. 143-166, 1970.

²⁵⁰ Per *rêverie*, Bion intende l'abilità materna “viscerale” di immedesimazione empatica con i vissuti del bimbo al fine di restituirglieli elaborati e dotati di un senso.

²⁵¹ Bion W. R. (1962) *Learning from Experience*, London: Heinemann; trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando, 1972.

mento della madre. Come ha affermato Bion: “*la mente del bambino va costituendosi attraverso la mediazione di quella della madre*”.

Per Bion quindi l'identificazione proiettiva è una forma fondamentale di comunicazione nel rapporto madre-bambino. Grazie ad essa il bambino proietta la sua angoscia, la madre la “contiene”, la accoglie ed elaborandola al suo posto gliela restituisce maggiormente tollerabile, comprensibile e quindi pensabile. L'identificazione proiettiva quindi, secondo Bion, si costituisce contemporaneamente come una difesa, una modalità di comunicazione e una possibilità di crescita e sviluppo.

Nella teoria di Winnicott²⁵², le transazioni fra il bambino e la madre non fanno parte di un meccanismo di difesa, ma sono espressione di un bisogno primario di sentirsi in relazione con la madre da parte del bambino. Il bambino in questo caso non è in preda ad impulsi negativi primitivi ma è un bambino spontaneo alla ricerca dell'oggetto e dell'attaccamento, con un bisogno primario di relazionarsi con la madre ed essere da questa riconosciuto (bisogno relazionale e di un *feedback* sintonizzato e rispecchiante). Winnicott mutua dai kleiniani il concetto di identificazione proiettiva ma propone la madre, ed in particolare il suo viso, come il mezzo principale attraverso il quale il bambino preverbale riceve un rispecchiamento (*mirroring*) emotivo di se stesso. Questo processo di *feedback* presuppone un'interazione fra due partner attivi dove il bambino comunica attraverso segni emotivi che la *madre sufficientemente buona* e sintonizzata riesce a leggere. Quello che il bambino vede nell'espressione della madre è collegato a quello che lei *sente* (affettivamente), *percepisce* (cognitivamente) e *intende* (comprendendo in maniera integrata) quale è l'esperienza del suo bambino che poi può prendere forma in un'azione o manipolazione più o meno adeguata.

IL PUNTO DI VISTA DI SANDLER. RIFERIMENTI AL TRANSFERT E CONTROTRANSFERT

Il concetto di *transfert* fu originariamente introdotto da Freud²⁵³ che, dopo averlo inizialmente considerato come un ostacolo, lo definì come il più potente alleato della psicoanalisi, una volta intuito dall'analista e correttamente interpretato al paziente²⁵⁴.

Nell'enciclopedia della psicoanalisi di Laplanche e Pontalis²⁵⁵, il *transfert*

²⁵² Winnicott, D.W. (1971). “Playing and Reality”. London: Tavistock.

²⁵³ Freud, S. (1901) Frammento di una analisi d'isteria (il caso di Dora). OSF, vol. 4.

²⁵⁴ Freud, S. (1938). “Compendio di psicoanalisi” in *Opere*, Torino, Bollati Boringhieri, 1979, vol. 11.

²⁵⁵ LaPlanche, J., & Pontalis, J. B. (1998). *Enciclopedia della psicoanalisi*, Edizioni Laterza, Roma-Bari.

viene definito come “il processo con cui i desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti nell’ambito di una determinata relazione stabilita con essi e soprattutto nell’ambito della relazione analitica. Si tratta di una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità... Il *transfert* è tradizionalmente riconosciuto come il terreno in cui si svolge la problematica di una cura psicoanalitica, la sua impostazione, le sue modalità, la sua interpretazione e la sua risoluzione”. Esso è un meccanismo che consiste quindi nello spostamento di sentimenti, pensieri, modalità di comportamento, originariamente sperimentati nei confronti di figure significative dell’infanzia, su relazioni interpersonali attuali, ed in genere viene utilizzato per indicare i sentimenti del paziente nei confronti dell’analista. Il paziente, attraverso il *transfert*, inconsciamente rimette in atto la relazione passata portando così nella relazione terapeutica un patrimonio di informazioni funzionale al lavoro d’analisi di comprensione ed interpretazione. Abbiamo accennato che, proprio nelle teorizzazioni di Sandler sull’Inconscio passato, il *transfert* acquisisce dei nuovi significati funzionali, dove sono sì importanti gli elementi del passato che hanno plasmato una determinata configurazione relazionale dell’individuo, ma essi non sono più riconducibili a delle rappresentazioni esperienziali degli oggetti primari (la madre, il padre, etc.), quanto a matrici procedurali, collocabili quindi nell’ambito non esperienziale²⁵⁶.

Il *controtransfert* è la reazione specifica, e complementare, del terapeuta nei confronti del *transfert* del paziente. Questa reazione ideoaffective dell’analista è in parte legata a sentimenti inconsci del terapeuta ed in parte a sentimenti indotti dal comportamento del paziente. Il concetto di *controtransfert* ha subito una notevole evoluzione nel corso del tempo, assumendo sfumature e significati diversi. Nella definizione data da Freud “*insorge nel medico per l’influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, [...] è una macchia cieca da parte dell’analista, che ostacola l’analisi...*”²⁵⁷. Secondo Freud, quindi il *controtransfert* era un fenomeno connotato negativamente per la clinica in quanto implicava l’emergere di conflitti non risolti del terapeuta che possono intralciare il trattamento e necessitano quindi di un supplemento di analisi da parte del terapeuta. Successivamente è stata proposta invece una diversa concettualizzazione del *controtransfert*, interpretato a questo punto come un fondamentale strumento diagnostico e terapeutico che può dire molte cose al terapeuta in relazione al mondo interno del paziente²⁵⁸. Il *controtransfert* diventa, in questa accezione, un mezzo indispensabile per comprendere il significato delle comunicazioni del paziente ed uno strumento di conoscenza del paziente stesso. La maggior parte delle pro-

²⁵⁶ Si veda nel Capitolo 5, “Lo sviluppo delle matrici”.

²⁵⁷ Freud, S. (1912). “Dinamica della traslazione”. OSF, vol.6.

²⁵⁸ Heimann, P. (1951) On counter-transference. *Internat. J. Psychoanal.*, 31, 81-84.

spettive teoriche attuali tende ad abbracciare entrambe le prospettive appena esposte, considerando quindi il *controtransfert* sia come una reazione innescata nel terapeuta da contributi del suo passato, sia da sentimenti indotti dal comportamento del paziente²⁵⁹. Esso può quindi rappresentare contemporaneamente una sorgente di preziose informazioni, sia una potenziale interferenza per la terapia.

Sandler, facendo riferimento in particolare al rapporto analista – paziente ed ai concetti di *transfert* e *controtransfert*, ha storicamente distinto lo sviluppo del concetto di identificazione proiettiva in tre fasi²⁶⁰.

La prima fase della rivisitazione che Sandler fa del fenomeno dell'identificazione proiettiva, nell'originaria teoria della Klein, descrive come il processo avviene nella vita fantasmatica del soggetto: “*Le parti del Sé che sono messe dentro l'oggetto, sono messe dentro la fantasia dell'oggetto, l'oggetto interno, non l'oggetto esterno*”. In questo modo, egli commenta, viene creata una fantasia il cui contenuto si riferisce all'analista. Secondo questo principio nel *transfert* del paziente è la fantasia sull'analista che necessita di essere analizzata in quanto rifletterebbe le sue relazioni oggettuali infantili. Il *transfert* rappresenterebbe infatti una fantasia che determina una percezione dell'analista distorta da parte del paziente, una distorsione basata tra le altre cose sull'identificazione proiettiva che ha influenzato la fantasia del paziente sull'analista. Il paziente poi cerca di “attualizzare” le fantasie inconse, cercando di renderle reali e attuali, di viverle nella realtà, nello specifico nella situazione analitica. Sandler afferma che se l'analista si identifica con le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto presenti nelle fantasie inconse del paziente, in misura tale da venirne influenzato, nei suoi pensieri o nelle sue azioni, in un modo congruo al *transfert* del paziente, allora a questo punto siamo nell'ambito della seconda fase dell'identificazione proiettiva. A questo proposito nel 1950, Paula Heimann²⁶¹ ha sottolineato il valore positivo dei pensieri e dei sentimenti controtransferali in analisi affermando: “*Il controtransfert dell'analista è uno strumento di ricerca dell'inconscio del paziente... non è solamente parte della relazione analitica ma è una creazione del paziente, è parte della personalità del paziente*”. In questo senso, la reazione controtransferale potrebbe rappresentare per l'analista una possibile fonte di informazioni su ciò che avviene nel paziente. Nella terza fase dell'identificazione proiettiva si ha l'esteriorizzazione di parti del sé o dell'oggetto interno direttamente nell'oggetto esterno. Quest'ultima fase è riconducibile alla teoria di Bion ed in particolare

²⁵⁹ Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-485.

²⁶⁰ Sandler, J. (1987). “Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva”. Tr.it. Bollati Boringhieri, Torino 1988.

²⁶¹ Heimann, P. (1951) On counter-transference. *Internat. J. Psychoanal.*, 31, 81-84.

alla metafora “contenitore–contenuto” da lui utilizzata. Passando attraverso quest’ultima fase, il paziente può esternalizzare parti di sé o dell’oggetto interno direttamente nell’oggetto esterno (il terapeuta). E attraverso la capacità di contenimento e di pensiero di quest’ultimo, proprio come una madre che contiene le proiezioni del proprio bambino, il paziente avrà la possibilità a momento debito di re-introiettare dei contenuti maggiormente assimilabili, in quanto già elaborati. Fino a qui, Sandler si limita a commentare quindi il fenomeno descritto dagli autori filo-kleiniani.

Sandler ipotizza che, alla base di quanto viene chiamato identificazione proiettiva in analisi, vi siano dei processi di *induzione di ruolo* del paziente nei confronti dell’analista, cioè la tendenza a indurre nel terapeuta un particolare ruolo, creando una situazione equiparabile al concetto di *controtransfert*. L’autore suggerisce il valore potenziale di questo meccanismo come ulteriore strumento conoscitivo nel rapporto con il paziente. Sandler sostiene, infatti, che questi diversi stadi da lui proposti nello sviluppo dell’identificazione proiettiva possono essere allo stesso modo applicati anche alle relazioni oggettuali al di fuori della relazione analitica. Tale dinamica viene quindi successivamente estesa alle relazioni umane, nelle quali ogni individuo può cercare, in modo conscio o inconscio, di riprodurre una *relazione di ruolo intrapsichica*, in modo da percepire delle sensazioni rassicuranti, assegnando contemporaneamente un determinato ruolo a sé e un ruolo complementare all’altro. In altre parole, possiamo dire che ogni individuo tenta di rivivere una relazione sperimentata come gratificante, per quanto possa anche essersi rivelata patologica, ma che ha nel passato rappresentato l’unica fonte di benessere e sicurezza (*background della sicurezza*). Sandler fa ricadere questo tipo di comportamenti nei fenomeni di *attualizzazione*, ossia quelli nei quali “lo sforzo di fare in modo che la percezione della realtà corrisponda a ciò che si desidera che essa sia”.

Come abbiamo visto quindi, nel tempo i meccanismi di esternalizzazione hanno visto una progressiva maggiore definizione. La proiezione è stata considerata come una difesa, che implica l’espulsione all’esterno di ciò che viene rifiutato all’interno, ma in un’accezione più ampia, essa è divenuta anche uno strumento conoscitivo e una modalità di espressione più completa del Sé. In questo senso, attraverso la proiezione non viene portato all’esterno solo ciò che in sé viene ripudiato e rifiutato, o non metabolizzato, ma vengono portati all’esterno anche i propri oggetti interni attraverso un’esternalizzazione *del proprio mondo* negli altri. Questo processo permette un confronto tra sé e gli altri che potenzialmente può favorire lo sviluppo e l’individuazione personale.

Allo stesso modo l’identificazione proiettiva è un concetto che, nato come un meccanismo di difesa per gestire delle primordiali pulsioni angosce, ha sviluppato poi una sempre maggiore accezione di fenomeno essenziale per la relazione, per l’interazione adattativa e per la comunicazione in genere. Se la Klein lo aveva descritto come un meccanismo psichico attraverso cui il soggetto

intrude in fantasia, parzialmente o totalmente, all'interno di un altro oggetto con la finalità ultima di possederlo, danneggiarlo e controllarlo, nello sviluppo delle teorie postkleiniane è stata riconosciuta anche una valenza al servizio dell'esplorazione e della comprensione interpersonale, nonché della comunicazione e della crescita identitaria. Infine, Sandler lo ha incluso nel più ampio fenomeno delle attualizzazioni necessarie per l'individuo per mantenere una sufficiente omeostasi affettiva e un adeguato adattamento intrapsichico.

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA E NEURONI SPECCHIO

Un ultimo aspetto interessante del quale vale la pena fare un cenno riguarda recenti scoperte in ambito neuroscientifico che potrebbero avere importanti ripercussioni ed implicazioni in ambito psicoanalitico. Recentemente assistiamo ad un crescente dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze e ad un crescente interesse per il versante neurofisiologico di concetti finora trattati come strettamente metapsicologici, come appunto la proiezione, l'introiezione, l'identificazione proiettiva. A questo proposito cruciale è stata la scoperta dei neuroni specchio (*mirror neurons*) da parte di Giacomo Rizzolati²⁶². Questi neuroni specchio, originariamente scoperti nella corteccia premotoria dei macachi, si attivano sia durante l'esecuzione di azioni sia durante la semplice osservazione delle stesse. Il coinvolgimento di questo meccanismo neurofisiologico è stato poi esteso anche all'ambito emozionale. Quindi questo "sistema specchio" si attiva sia quando proviamo in prima persona un'emozione sia quando quella stessa emozione la osserviamo in un altro individuo. Questo sistema quindi potrebbe essere coinvolto nelle prime forme di rispecchiamento materno – infantile e in tutte le successive risonanze interindividuali inevitabilmente presenti nella vita relazionale di tutti noi.

²⁶² Rizzolati G., Fadiga L., Gallese V. & Fogassi L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3: 131-141.

Parte quarta
Regolazione e mantenimento
dell'omeostasi affettiva

8. La via trasformativa del dolore: dall'ansia ai meccanismi di difesa

«L'atto della nascita è la prima esperienza d'ansia e quindi la fonte
e il prototipo della sensazione d'ansia.»

Sigmund Freud

«L'angoscia è la vertigine della libertà.»

Søren Kierkegaard

L'ANSIA

L'ansia (o *angoscia*) è uno stato di agitazione, dovuto a un timore, a un'incertezza o all'attesa di un evento potenzialmente nocivo. Essa può essere pertanto considerata, entro certi limiti, una normale risposta alle esperienze della vita, e viene considerata patologica se acquista un'intensità o frequenza tale da determinare un disadattamento intrapsichico, una destabilizzazione duratura dell'equilibrio psichico fino a quel momento conseguito dalla persona. Essa descrittivamente è quello stato caratterizzato dai sintomi psicologici e fisici prodotti dall'apprensione, che sono poi le sensazioni che si provano quando ci sentiamo minacciati.

I sintomi dell'ansia possono essere suddivisi in (1) *sintomi psicologici*: sentimenti di paura, di imminente catastrofe, sensazioni di capogiro o di svenimento, irrequietezza, esagerata risposta di trasalimento, scarsa concentrazione, irritabilità, insonnia e incubi notturni, fino a forme di depersonalizzazione e di derealizzazione²⁶³. L'ansia comprende anche (2) dei *sintomi fisici*, ovvero quei

²⁶³ La *depersonalizzazione* è l'alterazione nella percezione o nella esperienza di sé tale per cui uno si sente staccato, oppure come se fosse un osservatore esterno del proprio corpo o dei propri processi mentali (per es., sentirsi come in un sogno). La *derealizzazione* è invece un'alterazione nella percezione o nella esperienza del mondo esterno tale che quest'ultimo appare strano o irreali (per es., ove la gente può sembrare strana o meccanica).

sintomi somatici che derivano dall'attivazione del sistema nervoso autonomo, dall'iperventilazione e dalla tensione muscolare. Questi sono a loro volta distinguibili in (a) sintomi fisici *cardiovascolari*, come le palpitazioni, la tachicardia, il senso di oppressione al torace; (b) i sintomi *gastrointestinali* (bocca secca, bolo isterico, ossia la sensazione di avere un corpo estraneo in gola, nausea, fastidio addominale, frequenti evacuazioni o diarrea); (c) i sintomi *respiratori* (iperventilazione, difficoltà a respirare, costrizione toracica); (d) i sintomi *genito-urinari* (minzioni frequenti, difficoltà di erezione, amenorrea); vi sono infine (e) *altri sintomi* quali vampate di calore o brividi di freddo, tremore, sudorazione, mal di testa o dolori muscolari, torpore e formicolio intorno alla bocca e all'estremità.

Freud fin dall'inizio ha focalizzato il suo lavoro clinico riconoscendo un ruolo centrale dell'ansia per comprendere il funzionamento dell'apparato psichico²⁶⁴. L'ansia, nelle fasi iniziali del suo lavoro, era considerata da Freud un sottoprodotto derivante dell'allontanamento dalla coscienza di desideri inaccettabili. Egli inizialmente vedeva quindi l'angoscia come la diretta conseguenza della rimozione. In questa fase del suo percorso di ricerca, l'ansia era il corrispettivo somatico della *libido* trasformata, ossia una specie di immagine "in negativo" della *libido*, quando questa non riesce a raggiungere la meta desiderata. Freud quindi considerava l'angoscia come un vero e proprio equivalente della *libido* frustrata. Questa ipotesi collocava quindi l'ansia, in quanto prodotto di scarto della *libido* insoddisfatta, derivante dalle pulsioni inconscie e quindi proveniente dall'*Es*. Freud²⁶⁵ ha poi mantenuto questa idea fino al 1925 quando, dopo la scoperta dei meccanismi di identificazione del bambino, e dopo aver offerto un nuovo modello²⁶⁶ della strutturazione dell'apparato psichico, egli ha modificato la propria visione dell'angoscia come una risposta diretta data dalle funzioni dell'*Io* (non più dell'*Es*) alla presenza di un conflitto (*seconda teoria dell'angoscia*). L'ansia, in questa accezione, diventa il *segnale* a disposizione dell'*Io* per renderlo pronto a ripristinare, attraverso i propri meccanismi di difesa, una situazione resa instabile da un conflitto psicologico. Se nella prima teoria dell'ansia di Freud, la difesa (sostanzialmente, la rimozione) precedeva e promuoveva l'espressione del sintomo angoscia, nella seconda teorizzazione freudiana dell'ansia, l'ansia proviene dall'*Io* che risponde all'attivazione ansiogena derivante dalla percezione di un conflitto inconscio, per promuovere, in via subordinata e successiva, una risposta difensiva rispetto alla possibile minaccia.

²⁶⁴ Freud, S. (1895a), *Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"*. OSF, vol. 2.

²⁶⁵ Freud, S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.

²⁶⁶ Freud, S. (1922), *L'io e l'Es*. OSF, vol. 9.

Le conoscenze sull'ansia che ci giungono dalle neuroscienze contemporanee, ci descrivono un quadro più complesso sugli istinti di quanto Freud non sia riuscito a immaginare. L'ansia, al pari degli istinti e delle pulsioni, sembra avere più di un'origine organica; inoltre gli effetti psicomotivazionali dell'ansia appaiono anch'essi molteplici. A proposito di spinte motivazionali, è oggi assodato che non esiste un'unica pulsione, e neanche è sostenibile all'oggi l'esistenza di una coppia dicotomica di pulsioni (a tipo della *libido* e dell'aggressività, come Freud sosteneva): esistono molteplici spinte motivazionali. Se ci affidiamo al quadro che in neuroscienze ci riporta Panksepp²⁶⁷, è possibile individuare almeno sei specifici sistemi motivazionali di base: egli ha individuato i principali centri cerebrali di motivazione nel *sistema neuromotivazionale di ricerca (seeking)*, il *sistema neuromotivazionale della rabbia (anger)*, il *sistema neuromotivazionale della paura (fear)*, il *sistema neuromotivazionale del panico (panic o separation distress; angoscia da separazione)* e il suo sottosistema neuromotivazionale, *dell'accudimento materno (care)*, e infine il *sistema neuromotivazionale del piacere sessuale (lust)*. Ciascuno di questi sistemi è altamente specializzato, autonomo e distinto dagli altri, sia dal punto di vista dell'organizzazione anatomica, della funzione che dei sistemi neurotrasmettitoriali dai quali viene regolato. Inoltre, ciascuno di questi sistemi motivazionali di base controlla una specifica risposta comportamentale e una fenomenologia soggettiva emotivamente rilevante. Non è compito di questo testo entrare nel dettaglio di queste strutture, tuttavia possiamo avanzare l'ipotesi che, visto che esistono almeno sei sistemi che attivano il nostro apparato psichico in risposta a una sollecitazione emotiva, quando la gratificazione di un particolare bisogno emotivo specifico non venga soddisfatta, ci sia l'emissione di più di un segnale d'ansia, e che ciascuna delle conseguenti attivazioni ansiogene possieda qualità soggettive e oggettive diverse. Se è diversa l'*origine dell'ansia* (visto che ciascun sistema di controllo delle emozioni di base ha la sua specificità anatomica e funzionale), saranno diversi i suoi *effetti* (ove, ad esempio, per motivi adattivi, non sempre è utile attivarsi o mostrare l'eccitamento ansioso). L'ansia che si genera nel sistema neuromotivazionale di ricerca (*seeking system*) è quella che caratterizza la bramosia (*craving*) di un oggetto di desiderio; essa è diversa da quella che deriva dal sentire emozioni rabbiose ed essere impediti a scaricarle (sistema neuromotivazionale della rabbia, *rage system*), da quella derivante dalla paura e dall'impotenza, se non possiamo né attaccare né fuggire (sistema neuromotivazionale della paura, *fear system*); di quella che proviamo quando desidereremmo una vicinanza affettuosa e calda e

²⁶⁷ Panksepp, J. (1998) *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York.

invece ci sentiamo abbandonati (sistema neuromotivazionale dell'angoscia da separazione, *panic o separation distress system*; e sistema neuromotivazionale dell'accudimento, *care system*) o, infine l'ansia derivante dal desiderio sessuale di qualcuno che ce lo nega (il sistema neuromotivazionale del piacere, *lust system*). Possiamo quindi contemplare l'ipotesi che esistano più segnali di ansia, anche qualitativamente diversi, come esistono più tipi di sistemi motivazionali. Ad esempio, il sistema neuromotivazionale di ricerca corrisponde a un sistema che motiva l'individuo a cercare un oggetto che gratifichi un determinato bisogno urgente. La localizzazione neuroanatomica di questo sistema corrisponde a un'area funzionale che collega i centri cerebrali del ponte del tronco dell'encefalo, alle strutture della neocorteccia cerebrale, attraverso una via nervosa, denominata mesolimbica e mesocorticale. Affinché questo sistema si attivi non è necessario che l'individuo percepisca chiaramente ciò di cui sente la mancanza. Il sistema neuromotivazionale di ricerca viene considerato un sistema motivazionale *anoggettuale* (la persona percepisce l'urgenza della richiesta interna ed è spinto a esplorare l'ambiente per reperire quello che gli manca, ma il sistema di ricerca *per sé*, non informa l'apparato psichico di *cosa* esattamente ha bisogno). Questo sistema, ad esempio, è tipicamente attivato durante le crisi d'astinenza delle persone tossicodipendenti. L'attivazione data da questo sistema è forse quanto di più vicino possiamo trovare, nelle neuroscienze, al concetto freudiano di *libido* di Freud (almeno per come lo concepiva nella periodo della prima teoria sull'angoscia, ossia dal 1895 al 1925 circa). Il sistema neuromotivazionale di ricerca porta le persone a "*spasimare*" per qualcosa. La frustrazione, data dal mancato reperimento di un oggetto che riequilibri il sistema motivazionale di ricerca, genera un segnale ansioso proporzionale al grado di insoddisfazione provata.

Il secondo sistema, il sistema neuromotivazionale della paura, è innanzitutto un sistema neuroanatomico già maturo e funzionante fin dalla nascita. Esso risponde con un tipo specifico di attivazione ansiosa a ogni minaccia o ogni pericolo per l'integrità somatica o per l'omeostasi psichica dell'individuo. L'angoscia che si genera infatti è di tipo persecutorio (simile a quella descritta, ad esempio, dagli autori kleiniani): quest'ansia non è anoggettuale, né deriva dall'assenza di una gratificazione, essa è tipicamente *oggettuale* e percepita come *presenza di un oggetto* minaccioso, pericoloso, una fonte possibile di danno all'integrità della persona (un persecutore interno o esterno). Questo sistema informa l'apparato psichico che "lì fuori" c'è una minaccia, in modo da evocare una risposta adattiva di evitamento di un persecutore potenziale, con il fine di evitare dei danni dovuti ad agenti persecutori esterni (in questo caso si chiama *paura*), o fattori destabilizzanti interni che mettono a repentaglio l'integrazione del Sé (solo in quest'ultimo caso si parla un'*angoscia persecutoria* propriamente detta). Strettamente connesso con questo sistema vi è il sistema neuromotivazionale della rabbia, anch'esso collegato con l'ansia persecutoria: lo stimolo persecutorio è lo stesso,

cambia la risposta comportamentale. Questo sistema neuromotivazionale a partenza dall'amigdala mediale, risponde a stimoli ritenuti minacciosi evocando risposte comportamentali di attacco rabbioso. Mentre il sistema della paura spinge l'individuo a fuggire dall'oggetto persecutore, il sistema della rabbia mira a distruggere (o a indurre la fuga) la fonte della minaccia.

Vi è poi un'ansia di qualità ancora diversa che Panksepp attribuisce al *sistema neuromotivazionale del panico* (o dell'ansia da separazione). Anche in questo caso, come per il sistema della rabbia e della paura, il segnale è innescato dalla presenza di un oggetto specifico, in particolare dalla ricerca di una relazione con l'oggetto percepito internamente in modo ambivalente, ovvero con sentimenti di amore e di odio. Se la ricerca di questa relazione di accudimento, di attaccamento gratificante rimane frustrata, come quando la madre si separa dal bambino, il bambino sperimenta l'ansia da separazione, l'ansia di essere abbandonati, di perdere per sempre la fonte del proprio benessere. In casi di insoddisfazione prolungata o troppo intensa, il soggetto giunge a percepire la paura di annichilimento, di morire, tipica degli attacchi di *panico*. Per certi versi, l'espressione fenomenologica di questo sistema si avvicina alla descrizione data dagli psicoanalisti kleiniani dell'*angoscia depressiva*.²⁶⁸

Questi ultimi tre sistemi motivazionali (il sistema neuromotivazionale di ricerca, della paura e dell'ansia da separazione) maturano e si organizzano in tempi diversi dello sviluppo ontogenetico del bambino in analogia a quanto ipotizzato in psicoanalisi dai processi di separazione e individuazione. Infatti, la prima a manifestarsi è l'ansia indifferenziata, anoggettuale, del *sistema neuromotivazionale di ricerca* che è associata alle strutture organiche, filogeneticamente e ontogeneticamente, più antiche del tronco cerebrale e delle antiche strutture assiali dell'encefalo²⁶⁹. Queste strutture sono già attive e funzionanti nelle ultime fasi della vita fetale e nei primi mesi di vita. Il segnale generato da questo sistema può essere comparato, come abbiamo accennato, alla sintomatologia della crisi di astinenza del tossicodipendente, al *craving*. Tale termine designa una voglia insaziabile: se potessimo mettere in parole le sensazioni generate da quest'ansia, la persona direbbe: "*Debbo liberarmi da queste terribili sensazioni di tensione dolorosa e devo farlo ora, indifferentemente da dove provengano, o da come posso liberarmene!*". Il secondo *sistema neuromotivazionale della paura*, promotore dell'angoscia persecutoria (un'ansia dove la discriminazione dell'oggetto è anco-

²⁶⁸ Klein M. (1940) Mourning and its Relation to Manic-Depressive States, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 21; trad. it.: Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi, in: Scritti 1921-1958, Torino: Boringhieri, 1978.

²⁶⁹ Mc Lean (1985) ha ascrivito a queste porzioni cerebrali l'attributo di *cervello rettile* [MacLean P.D. 1985. *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Nuovo Politecnico 139. Torino: Einaudi Editore.]

ra primitiva, e non permette una distinzione tra aspetti persecutori e possibili gratificazioni se provenienti dal medesimo oggetto) ha partenza dall'amigdala laterale, un centro cerebrale più evoluto dell'encefalo emozionale, sostanzialmente che inizia a funzionare nei primi mesi di vita. Questo sentimento è, consciamente o inconsciamente, legato quindi a una rudimentale rappresentazione oggettuale. La persona che lo prova, direbbe: "Mi sembra che ci sia qualcosa [un oggetto] che mi minaccia; debbo prepararmi per fuggire o reagire". Infine, il sistema neuromotivazionale dell'ansia da separazione coinvolge le strutture ancora più recenti dei sistemi più evoluti della neocorteccia anteriore, in particolare del cingolo anteriore. La persona vive con l'angoscia, decisamente di natura oggettuale, di trovarsi impotente perché lontano da una precisa fonte di benessere e sicurezza ("Sono terrorizzato e impotente perché il mio benessere dipende proprio da quella persona che non è qui con me in questo momento").

Pertanto, esistono diversi tipi di ansia, a loro volta generati da strutture cerebrali diverse, che si attivano inoltre selettivamente in sequenza in periodi differenti dello sviluppo, e specialmente se debitamente esposti ad esperienze ambientali, favorenti o inibenti (si veda nel capitolo 5 a proposito dell'intreccio tra influenze epigenetiche nello sviluppo). Questi diversi segnali ansiogeni tuttavia permangono a disposizione dell'individuo a ogni emergenza di un bisogno urgente che riguarda l'integrità della persona e il suo equilibrio emozionale. Il mancato successo dei meccanismi di difesa, ossia di attiva trasformazione della realtà interna ed esterna innescati dall'ansia non esaurisce le soluzioni adattative dell'individuo. Nel caso ogni rimedio attuato per allontanare la fonte di minaccia fallisca, l'Io (l'apparato psichico in generale) ha a disposizione due ulteriori possibilità: la prima è di automaticamente scandagliare tutte le soluzioni adattative usate precedentemente da quell'individuo, fino a trovare e attuare quella che risolve almeno parzialmente il problema: questo porta quindi l'individuo a regredire. Pertanto, se non è possibile eliminare la fonte del dolore psichico una possibilità a disposizione dell'apparato psichico è la *regressione*. Un'altra soluzione è la *depressione*: in questa prospettiva, la depressione (come verrà illustrato nel capitolo 9) è una soluzione adattativa oltre che difensiva rispetto al dolore psichico, che comporta un isolamento generalizzato dell'individuo rispetto al mondo, quando esso è vissuto solo come una possibile fonte di dolore. La *depressione*, in termini psicoanalitici, consiste quindi in un'attiva reazione dell'apparato psichico al dolore, in una particolare tecnica di controllo della percezione, che porta a una specie di anestesia affettiva, o meglio un ottundimento rispetto a una fonte possibile di dolore che non si riesce ad allontanare o a eliminare. Il nucleo dinamico e le diverse prospettive psicoanalitiche sulla *depressione* verranno trattati nel dettaglio nel capitolo successivo.

Abbiamo visto che l'ansia è la risposta normale alle esperienze della vita, pertanto le difese psicologiche in risposta all'ansia sono *sempre in una qualche misura presenti* e costituiscono nella persona matura "modi globali, inevitabili, sani e del tutto adattivi di percepire il mondo"²⁷⁰. Le difese potrebbero essere anche paragonate a "filtri sensoriali", o a particolari "lenti da vista" che ciascuno di noi ha adottato per percepire il mondo nella maniera che più gli è consona. Per questo, possiamo affermare, retrospettivamente, che le difese sono i modi in cui il bambino ha percepito il suo mondo (e questo in modo diverso nelle diverse fasi ed età). Le difese psicologiche sono quindi naturalmente presenti in tutti noi e ci aiutano a vivere.

Sandler, con estrema coerenza, inserisce le difese all'interno della sua teoria delle relazioni d'oggetto e sostiene che "in tutti gli impulsi sono implicate relazioni fra le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto e che le trasformazioni difensive che si realizzano nell'Inconscio presente comportano sostanzialmente delle modificazioni dell'integrazione di fantasia tra il Sé e l'oggetto"²⁷¹. Quindi le difese psicologiche, in sostanza, trasformano nella fantasia dell'individuo una relazione Sé-oggetto, conflittuale, mediante un'attualizzazione che modifichi i percetti, in un relazione Sé-oggetto compatibile con la richiesta in termini di sicurezza.

Le difese psicologiche costituiscono un problema solo se vengono insistentemente utilizzate in modo massiccio a esclusione di alternative più adattative. È l'assenza di difese mature, non la presenza di quelle primitive, che definisce la nostra struttura come patologica. Le difese possono creare dei problemi se vengono usate dall'individuo in ogni occasione critica, privilegiando sempre la stessa modalità difensiva in modo rigido o, infine, quando avviene una destrutturazione delle difese troppo brusca (in particolar modo, in persone che si scompensano o slatentizzano una psicosi). Le difese sono quindi dei fenomeni mentali che hanno molte funzioni positive e che sono fondamentali per il nostro equilibrio intrapsichico. Si manifestano anche come adattamenti sani e creativi e possono continuare a operare in senso adattivo per tutta la vita. La persona che si comporta in modo difensivo in genere cerca, consciamente o inconsciamente, di ottenere uno o entrambi i seguenti obiettivi: (1) fare in modo di evitare l'angoscia, percepita come un sentimento intenso e minaccioso o, a volte, per sottrarsi

²⁷⁰ McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.

²⁷¹ Sandler, A.M., & Sandler, J. (1984) The past unconscious, the present unconscious and the interpretation of transference. *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 4, 367-399.

a un dolore insopportabile o ad altre temute esperienze emotive disorganizzanti; (2) mantenere l'autostima.

Gli psicoanalisti concordano, in genere, sul fatto che tutti utilizziamo alcune difese preferenziali, quale parte integrante del nostro stile individuale per sostenere situazioni problematiche della vita. Questo stile individuale costituisce il nostro *carattere*. Il ricorso preferenziale e automatico a una particolare difesa, o una serie di difese, è il risultato di un'interazione complessa di almeno quattro fattori: (1) uno è dato dal temperamento costituzionale, derivante dal nostro patrimonio genetico (e forse in una qualche misura da apprendimenti acquisiti in età prenatale) che ci predispongono a particolari accentuazioni di risposte emotive specifiche (e all'inibizione di altre); (2) un secondo fattore dipende dalla natura dei disagi o dei traumi subiti nell'infanzia, oppure l'agevolazione dello sviluppo fisiologico del bambino da parte di chi lo cresce; (3) il terzo è collegato alle difese presenti nei genitori e altre figure significative, che fungono da inconsapevoli modelli per i processi di identificazione del bambino; (4) l'ultimo è che le difese tendono a conservarsi: la constatazione da parte del bambino che certe difese portano a una minore incidenza di esperienze dolorose funge ovviamente da rinforzo positivo per il bambino, e lo incentiva a mantenerle, secondo il principio "cavallo che vince non si cambia".

Sebbene non vi sia una prova che le difese emergano una dopo l'altra in una sequenza ordinata e prevedibile nello sviluppo del bambino, esiste un certo grado di accordo tra i clinici sull'idea che la presenza di alcune difese sia connessa a processi più primitivi di altre. In questo senso, le difese possono essere classificate come "primarie", "immature", "primitive" o "di ordine inferiore"²⁷². Queste difese hanno come caratteristica precipua la presenza di una qualche alterazione del confine tra il Sé e il mondo esterno. Le difese classificate come "secondarie", "più mature", "evolute" o "di ordine superiore" hanno a che vedere con i *confini interni* (ossia tra parti del Sé – ad esempio, entrano in gioco in conflitti tra *Io*, *Super-io* ed *Es* – ma senza una sostanziale compromissione, o confusione, tra mondo interno e mondo esterno). Vi sono tuttavia, delle modalità difensive che qui abbiamo denominato *difese di base* poiché sono talmente comuni e fondamentali nello sviluppo infantile e dell'individuo, da meritare una trattazione a parte.

I – Le difese di base

Le difese psicologiche di base potrebbero essere semplicemente definite come *operazioni mentali elementari*. Esse rappresentano infatti la base stessa degli ap-

²⁷² McLaughlin, H.P. (1970) *The Ego and its defenses*. New York: Jason Aronson.

prendimenti del bambino, che come abbiamo riassunto nei capitoli 6 (sull'identificazione) e 7 (sulla proiezione) in fondo si risolvono in operazioni di "mettere dentro di sé" e trattenere, oppure "mettere fuori di sé" ed espellere delle informazioni o delle importanti porzioni delle nostre esperienze relazionali. La rimozione, ad esempio, apparentemente potrebbe sembrare come un processo difensivo antievolutivo, proprio perché non garantisce la percezione cosciente degli stimoli e delle relazioni, ma in fondo è un importante meccanismo nell'apprendimento: noi non acquisiremmo le nostre capacità di comprensione procedurale, come, ad esempio, la grammatica della nostra lingua madre, la capacità di costruire o riconoscere gli oggetti, la capacità di calcolo e tante altre competenze cognitive sofisticate, se non fossimo anche in grado di dimenticare, o di rimuovere tutto ciò che è stato coscientemente collegato ai momenti fondamentali dell'apprendimento di queste stesse competenze. Per lo stesso principio, il tennista sbaglia il suo colpo quando pensa ai movimenti che deve fare con il braccio, o il pianista commette degli errori quando pensa coscientemente a quali tasti deve premere.

Parleremo quindi fra le difese di base fundamentalmente della *rimozione*, dell'*identificazione*, dello *spostamento*, della *condensazione* e della *regressione*.

1. LA RIMOZIONE

Il punto di vista della psicoanalisi contemporanea sulla rimozione è stato rivisitato e approfondito dai tempi di Freud. La rimozione, lo sappiamo, è un *dimenticare (o un ignorare) motivato*. La rimozione è stata per i primi decenni della storia della psicoanalisi il meccanismo di difesa principale al centro dell'attenzione degli psicoanalisti. Il rimosso, di fatto, veniva a coincidere con l'inconscio dinamico, e la rimozione era pertanto il principale dei meccanismi che lo psicoanalista utilizzava per spiegare tutti i comportamenti, fisiologici o patologici, nell'adulto e nel bambino. La rimozione spiegava a Freud la formazione del sintomo isterico. Il sintomo isterico veniva considerato come la "negativa" di una pulsione sessuale che, se percepita internamente come inaccettabile, veniva allontanata dalla coscienza mediante la rimozione. Successivamente, in particolare grazie alla scoperta dei meccanismi mentali più primitivi, la rimozione è diventato un concetto meno usato nella letteratura psicoanalitica o, meglio, lo si dava per scontato: chiunque sia convinto che esista una porzione della mente al di fuori della portata della coscienza ovviamente considerava questo come il prodotto della rimozione. Dopo la scoperta da parte di Melanie Klein dell'identificazione proiettiva, gran parte dei fenomeni comportamentali e dei meccanismi patologici alla base dei disturbi mentali veniva invece spiegato con questo meccanismo difensivo che fonda le sue basi nella primissima infanzia. La rimozione sembrava essere un po' passata di moda.

In una prospettiva neofreudiana, la rimozione è tornata ad essere di nuovo un concetto cardine della metapsicologia psicoanalitica, attorno al quale si concentra il lavoro clinico dell'analisi. Infatti, il *dimenticare motivato* della rimozione avviene per motivi dinamici che operano da controforza e che fanno sì che il ricordare non sia tollerato e sia troppo doloroso. Questi aspetti conflittuali nel lavoro analitico possono progressivamente essere mostrati al paziente. Nel modello di Sandler, la cosiddetta barriera della rimozione non consiste più nel confine dinamico tra l'Inconscio e il Preconscio, bensì la rimozione si trova ad essere coincidente con la barriera narcisistica della *seconda censura*, tra l'analogo sandleriano del Preconscio (l'inconscio presente) e la coscienza. È intorno a questa barriera dinamica pertanto che si svolge il lavoro analitico. Ogni giorno noi rimuoviamo (dimentichiamo in virtù di un motivo soggettivamente saliente) i nostri sogni e solo se vi è una controforza motivante sufficiente, siamo in grado di ricordarli: come quando ad esempio il paziente vuole parlarne in analisi. Allo stesso modo, lo psicoanalista, lavorando con i sentimenti di vergogna, di imbarazzo e umiliazione, sempre così vicini alla barriera narcisistica della seconda censura, permette a questi contenuti preconsoci (o, per dirla con Sandler, ai contenuti dell'Inconscio presente) di accedere alla consapevolezza cosciente del paziente.

Noi tuttavia oggi sappiamo che non si dimentica solo motivatamente, in virtù di un processo dinamico: è altresì noto che, se parte dell'amnesia infantile (la rimozione di gran parte della nostra infanzia, assieme di quei ricordi che coprono i primi 3-5 anni di vita) interviene per meccanismi dinamici (pertinenti all'ambito conflittuale), è altrettanto vero che parte dei nostri ricordi infantili non sono rimossi, ma sono stati immagazzinati in forma di memorie implicite. Questo perché la maturazione biologica delle strutture che permettono la rievocazione di memorie come parole o immagini non è ancora avvenuta. È oggi noto che l'*amnesia infantile* di fatto è dovuta per la gran parte alla tardiva maturazione (dopo i tre anni di vita) delle strutture che permettono la costanza d'oggetto e la narrazione sequenziale della nostra storia percepita e ricordata, quella che i neuropsicologi cognitivisti chiamano la *memoria autobiografica*. Oggi sappiamo che le strutture fondamentali per il funzionamento di questa competenza di memoria si trovano prevalentemente nelle strutture (quali l'ippocampo, ad esempio) situate nella profondità del lobo temporale del cervello. Queste strutture sono mature, e quindi pronte a funzionare compiutamente, solo dopo il terzo anno di vita. Pertanto oggi sappiamo che quella che Freud considerava la *barriera della rimozione*, o *prima censura*, e che Joseph Sandler ha posto al confine tra l'*Inconscio passato* e l'*Inconscio presente*, non è di fatto una barriera motivazionale o dinamica, bensì è una barriera fra l'*ambito non esperienziale* delle strutture (dell'Inconscio passato) e l'*ambito rappresentazionale* (dell'Inconscio presente). Pertanto quella che Freud chiamava la barriera della rimozione (o *prima*

censura) in realtà costituisce il confine tra l'organico e il mentale, tra le rappresentazioni e le strutture. Noi quindi collochiamo oggi il fenomeno della rimozione (il nostro dimenticare "per dei buoni motivi") a ridosso di una specie di barriera mobile (la *seconda censura*) che si sposta a vari livelli all'interno dell'Inconscio presente, e i cui movimenti e permeabilità dipendono del grado di tolleranza al dolore e alla frustrazione dell'individuo e dai sentimenti evocati da un determinato contenuto inconscio.

2. L'IDENTIFICAZIONE

Gli analisti usano la parola identificazione per connotare l'operazione inconscia, o solo parzialmente conscia, di diventare come un'altra persona. L'identificazione in fondo è un processo elementare di apprendimento e pertanto non è solo un meccanismo difensivo ma appare dotato di un potenziale "strutturante". Si ritiene che la capacità ad identificarsi evolva e che si modifichi nel corso di tutta la vita e che sia la base emotiva della crescita e del cambiamento psicologico. Ne trattiamo qui in termini di processo difensivo, in quanto forma di internalizzazione che può essere usata difensivamente per evitare il dolore psichico. Inoltre, alcune persone sembrano identificarsi in modo fin troppo facile e automatico di altre, come se fossero delle "carte assorbenti" che trattengono qualsiasi impronta che entra in contatto con la propria personalità. In genere, per un lutto familiare, non è raro assistere al fatto che la persona che era più intimamente legata alla persona morta, cui era intimamente legato spesso secondo modalità molto ambivalenti, ne assuma degli atteggiamenti, ne riproduca dei comportamenti in modo stereotipato, si vesta in modo simile, al punto da acquisire, anche al giudizio altrui, delle caratteristiche di somiglianza con la persona scomparsa che è venuta a mancare. In questo, l'identificazione introiettiva luttuosa permette alla persona l'evitamento del dolore della perdita, perché questa nel mondo interno del soggetto semplicemente non è avvenuta.

3. LO SPOSTAMENTO

Lo spostamento è un altro di quei processi mentali, che pur essendo collocabile tra le difese, trae la sua origine dai primissimi momenti di vita del bambino: una qualche forma di spostamento è presente in ogni operazione mentale. Letteralmente lo spostamento implica nella sua definizione un'alterazione della rappresentazione di un oggetto, dove l'investimento affettivo viene reindirizzato verso una seconda rappresentazione significativa per il soggetto. Questo è un processo mentale che, ad esempio, vediamo all'opera ogni giorno, o meglio ogni notte, quando sognamo: è bene ricordare che nel sogno i meccanismi cardine del lavoro onirico sono appunto (1) lo spostamento, (2) la condensazione, (3) la rappresentabilità visiva, (4) l'elaborazione secondaria. Lo spostamento è anche il meccanismo di difesa alla base delle

fobie, come Freud spiega a proposito dello sviluppo della fobia infantile nel piccolo Hans. Il piccolo Hans infatti sviluppò il suo sintomo di angoscia alla vista (e al pensiero) dei cavalli dopo che, in una particolare esperienza, era avvenuto uno spostamento dei pensieri e degli investimenti libidici e aggressivi dal proprio padre a quelli della immagine di un cavallo. Il binomio sempre presente tra lo *spostamento* dell'affetto da una rappresentazione a un'altra e l'*evitamento* dello stimolo ansiogeno si ritrova nel carattere di tipo fobico. La personalità fobica tende quindi per la sua natura e per le esperienze fatte nelle relazioni vissute nell'infanzia a spostare all'esterno di sé i sentimenti, gli investimenti affettivi (l'amore e l'odio) provati dentro. Così facendo la persona con una struttura fobica trova una soluzione di sicurezza, se non altro, perché può affrontare qualcosa che è interno, come se fosse esterno. Nello spostamento, gli affetti possono essere spostati su altre persone o su altri fatti e l'originario nesso di significati rimane celato. Come tutte le operazioni che seguono i processi del pensiero secondo il processo primario (come nel sogno), lo spostamento, pur essendo un'operazione mentale fondamentale presenta delle caratteristiche più simili, rispetto ad esempio al meccanismo della condensazione, a un processo difensivo. Da questo punto di vista, lo spostamento è un processo motivazionale. In seguito a una percezione che scatena angoscia nello spostamento viene differita la comprensione del significato di quelle informazioni percettive, e questo differimento della comprensione cosciente è la condizione fondamentale, sufficiente e necessaria, per stabilire che siamo in presenza di un meccanismo di difesa. Infatti mentre lo spostamento ritarda la percezione cosciente, la condensazione la accelera. Il meccanismo di spostamento è quindi un processo difensivamente motivato di *sostituzione*.

4. LA CONDENSAZIONE

La condensazione, come gli altri meccanismi di difesa illustrati in questa sezione, ha più le caratteristiche di un processo mentale elementare, che di un meccanismo di difesa. Esso assomiglia molto a quel processo di discriminazione percettiva mediante sovrapposizione, per cui ad esempio, è possibile, sovrapponendo molte fotografie degli stessi componenti di una famiglia, evidenziare delle caratteristiche fisiognomiche in comune a tutti. In questo modo, Freud stesso aveva evidenziato che così facendo mentre particolari contrastanti quasi si cancellano reciprocamente, l'elemento comune risalta ancora più nitidamente. La condensazione è uno dei meccanismi fondamentali del lavoro onirico, ma è anche uno dei processi mentali fondamentali e lo adoperiamo di frequente. Avviene incessantemente che quello che percepiamo e che ci giunge dal mondo esterno, sia costantemente comparato e verificato, proprio sulla base del meccanismo della condensazione, con ciò che accade nel nostro mondo interno, governato dalle nostre

fantasie. Questa operazione può essere rappresentata in modo dinamico come se su di uno schermo di un cinema venissero proiettati, sui suoi due lati (quello interno e quello esterno) con due proiettori diversi, due filmati diversi: sul lato interno sono rappresentate le immagini derivanti dalle fantasie inconscie (derivate e strutturate dalle esperienze relazionali nella prima infanzia), sulla superficie rivolta verso l'esterno le immagini riferibili a quanto percepito dalla realtà esterna, attraverso i sensi rivolti verso l'esterno (si veda la Figura 20). In questo senso, la condensazione per la sua capacità di discriminare, e di conferire significato, permette la comprensione di più elementi sovrapposti "in parallelo". La condensazione, più che un meccanismo di difesa, può essere descritto come un *processo creativo*, in quanto nella condensazione viene facilitata ed accelerata l'elaborazione di nuove informazioni. La condensazione sotto forma di confronto per sovrapposizione sembra essere l'atto creativo più fondamentale della nostra attività mentale²⁷³.

²⁷³ Mertens, W. (2000) L'interpretazione dei sogni, cent'anni dopo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol 34 (1): 5:30.

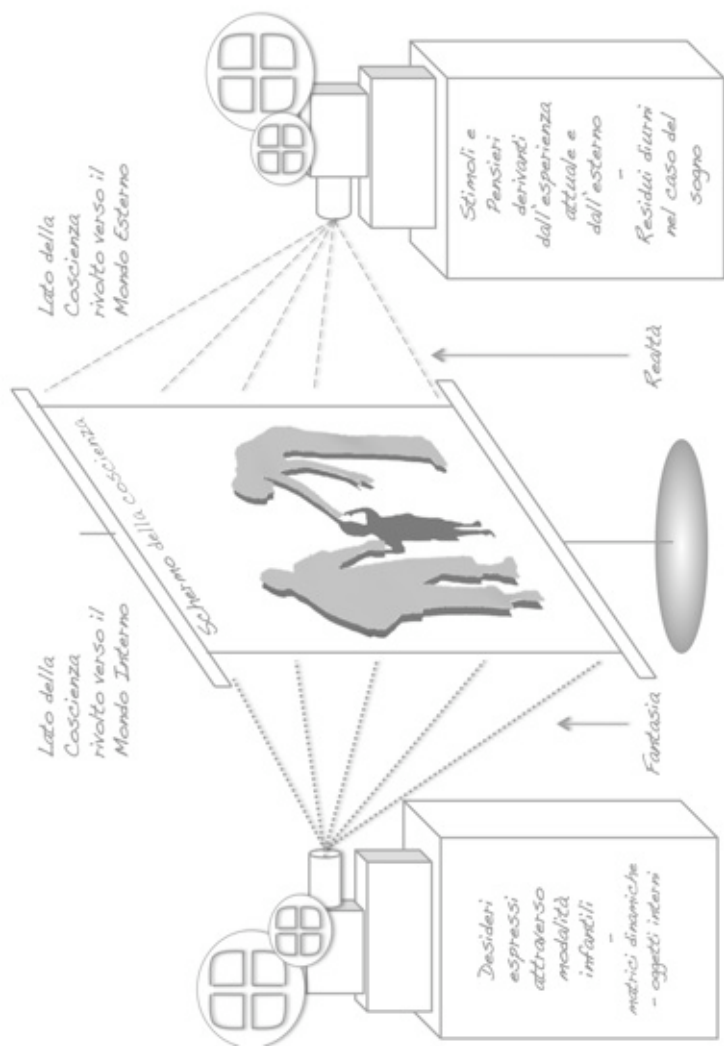


Figura 20: Realtà e fantasia

La funzione della condensazione è un processo cardine nella fantasia e nei processi creativi della mente. Infatti, gran parte degli sforzi adattativi dell'individuo si concentrano sul tentativo di far sì che le fantasie e le percezioni che ci giungono dall'esterno, collimino. Il meccanismo della condensazione facilita questa integrazione.

Vi è una seconda modalità di modulazione del dolore, adottata, in genere, quando le altre modalità adattive falliscono. Essa richiede il ricorso, per l'adattamento intrapsichico, a risorse relazionali meno integrate e più infantili: questa soluzione che agisce modificando la qualità stessa del segnale ansioso è nota come *regressione*.

Ci sono diversi modi per descrivere la regressione. Per certi versi, è un meccanismo di difesa, per altri, è una modalità adattativa presente nello sviluppo fisiologico normale di ogni individuo. In questo scritto desideriamo sottolineare che la regressione può essere intesa come un passaggio discreto a una modalità di funzionamento precedente, dove l'accento non è solo su di un ripristino a uno stile relazionale precedente, oppure a meccanismi di difesa più primitivi, quanto all'essere esposto, ad un' ansia che *qualitativamente* può essere molto diversa da quella della fase evolutiva divenuta come problematica. La persona più integrata (essendosi sufficientemente individuata e separata dal oggetto primario) vive un tipo di ansia che contempla la perdita del proprio oggetto di amore e corrisponde al *livello evolutivo di organizzazione nevrotica*. Eventi traumatici oppure disadattamenti psichici possono comportare arresti dello sviluppo o anche un'inversione in questo processo di individuazione e separazione. La persona può quindi regredire a uno stato mentale dove prevale l'angoscia di carattere persecutorio. Questo stato mentale, se è caratterizzato da una persistenza dell'esame di realtà, ma vi è una indefinitezza dei confini del Sé, corrisponde al *livello evolutivo di organizzazione borderline*. Infine, in casi estremi, la persona può ulteriormente regredire, anche solo occasionalmente, a stati mentali dove viene perduto l'esame di realtà e l'esposizione emotiva all'ansia è totalizzante e anoggettuale, l'*ansia indifferenziata* (tipica dei sistemi sottocorticali di ricerca) e questo caratterizza il *livello evolutivo di organizzazione psicotica*.

La regressione, abbiamo visto, può essere anche annoverata tra i meccanismi di difesa. L'essenza di questa modalità difensiva è che essa non agisce né direttamente sulla fonte dolorosa, né trasformando la relazione oggettuale (come fanno i meccanismi di difesa propriamente detti), ma procede, per così dire, "per sottrazione" portando a un'esclusione delle soluzioni adattative già consolidate, via via che esse si dimostrano inadeguate al problema attuale. Essa si osserva quando un bambino o un individuo adulto ricade su comportamenti propri di uno stadio evolutivo precedente: *la regressione ripercorre in direzione inversa l'ontogenesi psicologica* di quell'individuo. Mentre le difese psicologiche mirano a uno *status quo*, in termini di sicurezza, rinsaldando e mantenendo quanto più possibile la configurazione identitaria e caratteriale della persona, nella regressione tutto l'assetto difensivo e il carattere sembrano subire una modificazione discreta, *accomodandosi* (nel senso di Piaget), ma su di un livello evolutivo precedente nello sviluppo di quella persona.

Lo sviluppo intrapsichico, emotivo e sociale non progredisce dunque su una linea retta; esistono delle ampie fluttuazioni della crescita personale, che pur riducendosi in ampiezza con il consolidamento del carattere non scompaiono mai del tutto. Alcune tipologie di persone usano la regressione più frequentemente. Ad esempio, alcuni reagiscono alle tensioni della crescita del cambiamento ammalandosi; molti, senza avere una malattia diagnosticabile, si sentono talmente male da doversi mettere a letto. Questo processo non cosciente di gestione del dolore, che non corrisponde affatto alla simulazione intenzionale di malattia, può spaventare sia la persona affetta, quanto coloro che le stanno intorno: è la *somatizzazione*. Anche le persone ipocondriache (che non soffrono di una malattia fisica vera e propria o di una somatizzazione, ma vi pensano in continuazione), riescono a confondere i loro medici con una serie di lamentele vaghe e sempre diverse su sintomi che non rispondono mai ad alcun trattamento, e usano la regressione allo stato di malato come mezzo primario per affrontare gli aspetti problematici della loro vita. Quando la regressione costituisce la strategia centrale dell'individuo verso le sfide dell'esistenza, possiamo legittimamente parlare di una *personalità infantile* (o *disturbo dipendente della personalità*)²⁷⁴.

Ogni terapeuta, quando deve valutare un paziente nelle fasi iniziali del trattamento, si confronta con la domanda se il comportamento che sta osservando sia l'effetto di (a) un deficit strutturale stabile rispetto a tutti i conflitti (restrizione dell'Io), a (b) una regressione rispetto al conflitto attuale (data ad esempio da una situazione traumatica), (c) una trasformazione attiva provocata dall'ansia e evocata dal conflitto (ovvero di un'inibizione data dall'irrigidimento delle difese) o infine, (d) delle conseguenze del congelamento dell'ansia e del conflitto in seguito al processo depressivo.

Vi sono situazioni in cui la regressione somatica (*somatizzazione*), la personalità ad espressione isterica, e l'*ipocondriasi* sono molto difficili da distinguere, in quanto ciascuna evidenzia nell'individuo degli elementi infantilizzanti. Questi quadri clinici, pertanto, possono essere l'espressione sintomatica di livelli evolutivi di organizzazione della personalità molto diversi. Esistono, tra le altre manifestazioni di questa tendenza estrema all'infantilizzazione, delle persone che disperatamente cercano nei medici una conferma di una diagnosi di malattia inesistente. Spesso le sofferenze lamentate da questi individui mimano così bene una malattia, da indurre i medici a compiere interventi importanti, anche chirurgici per malattie inesistenti. A questo disturbo è stato dato il nome di *sindrome di Münchhausen* (dal nome del Barone di Münchhausen, noto per i suoi resoconti inverosimili). Questo disturbo è etichettato diagnosticamente tra i di-

²⁷⁴ Oggi questo disturbo viene a sua volta conglobato nella descrizione della *personalità istrionica o isterica*.

sturbi fittizi; letteralmente significa disturbi non esistenti (se non nella mente del malato immaginario) o simulati. Alla radice di questo problema vi è spesso una struttura di personalità gravemente compromessa: essendo quasi sempre difficile trovare un vantaggio manifesto per cui la persona metterebbe in atto una simulazione, possiamo inferire che questo disturbo è la conseguenza di consolidati quanti inconsci tratti di personalità, caratterizzati da scarsa tolleranza al dolore. E senza il ricorso a una lettura psicoanalitica delle motivazioni profonde e inconsce, sono ancora più inspiegabili quelle situazioni cliniche denominate *sindrome di Münchausen per procura*. In questa sindrome, nella sua variante più frequente, e studiata, una madre compie delle manipolazioni, a volte anche estremamente nocive e invasive, sul proprio bambino, affinché le venga riconosciuto, dall'ambiente medico, lo status di mamma attenta e sollecita, e al bambino lo status di malato. La caratteristica essenziale è la produzione deliberata di segni e sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto. "La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato"²⁷⁵. La motivazione profonda, come sempre, va cercata in una intolleranza strutturale alla sofferenza psichica, nella madre, dove la soluzione per raggiungere l'identità di percezione desiderata (ad esempio, l'ottenere una sufficiente attenzione su di sé e essere curata) viene ottenuta, spesso con un importante sovvertimento dell'esame di realtà, con il diniego del danno inflitto, che, se da una parte risolve il problema alla madre (la persona ammalata che ha bisogno di cure, diventa quella che cura), questo ovviamente comporta un grave rischio (a volte anche di vita) per il bambino. Il tasso di mortalità del bambino, infatti, a causa delle "iper cure" provocate da un genitore affetto da sindrome di Münchausen per procura oscilla, nelle varie ricerche condotte, dall' 8% al 22 % dei casi.

Nell'ambito della letteratura medica e psicologica si è sviluppato un sempre maggiore interesse nei confronti dei disturbi 'psicologicamente indotti' - le cosiddette sindromi 'per procura', quali, oltre la già menzionata *sindrome di Münchausen per procura*, ad esempio l'*ipocondria per procura* (dove una persona si lamenta di una malattia fisica inesistente su induzione di un'altra persona²⁷⁶), la *dismorfofobia per procura* (dove una persona viene indotta a sentirsi fisicamente disarmonico, brutto o perfino ripugnante su induzione di un'altra persona²⁷⁷), la *depressione postpartum per procura* (dove in una famiglia che ha appena avuto

²⁷⁵ Meadow, R. (1985) Management of Münchausen syndrome by proxy, *Arch Dis Childhood*, 60: 392.

²⁷⁶ Albrecht, F. (2001). Factitious disorder by proxy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1): 4-5.

²⁷⁷ Laugharne R., Upex, T., & Palazidou, E. (1998). Dysmorphophobia by proxy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91 (5): 266.

un neonato, il padre va incontro a un grave quadro depressivo su induzione della neomamma che ne rimane indenne²⁷⁸), oppure il *conflitto coniugale per procura* (spesso dopo un grave fatto delittuoso tra coniugi, ad esempio un marito ha ucciso o leso gravemente la moglie, le corrispettive famiglie intraprendono “per procura” delle incessanti battaglie legali²⁷⁹), e molte altre. Sembra che a tutt’oggi le sindromi per procura, e i fenomeni di induzione affini, siano considerate con maggiore interesse di una volta dal personale medico e dalla psicologia forense: è bene tuttavia ricordare che il fenomeno in sé rappresenta solo il derivato di superficie di una serie di fenomeni psicologici profondi in persone che possono avere una struttura personologica estremamente differente.

Aggiungeremo qui sulla regressione, poche altre cose, oltre a quelle già citate, a proposito del fatto che essa rappresenta una delle modalità fondamentali per gestire l’angoscia. Secondo la concezione di Freud, la regressione oltre a essere un meccanismo di difesa, o più esattamente l’esito del fallimento di uno o più meccanismi di difesa, è un elemento costante dello sviluppo. Non esiste un bambino che abbia avuto uno sviluppo sociale ed emotivo costante: lo sviluppo non progredisce su una linea retta. Freud aveva collegato la regressione alla predisposizione ad ammalarsi psichicamente degli individui: se alcuni fattori interni o esterni interferiscono con un armonico sviluppo, si possono generare dei punti di minore resistenza (*punti di fissazione*) che si generano durante le tre fasi dello sviluppo pregenitale sessuale infantile (fase orale, fase anale, fase fallica o edipica). La regressione implica la perdita di uno stato di funzionamento e di comprensione di sé già raggiunto e consolidato, e la ricomparsa uno precedente.

In una scala convenzionale di maturazione, potremmo attribuire alla *consapevolezza cosciente* dei propri sentimenti il livello più evoluto: più la persona possiede capacità introspettive, sui propri moti sia libidici, sia aggressivi, più è matura. Inoltre la maturità non si basa solo sulla capacità di percepire consciamente, o di riflettere sui propri sentimenti ma, se occorre, di differire l’appagamento dei desideri inconfessabili che ne derivano, oppure viverli senza eccessiva umiliazione, vergogna, o colpa. A un livello evolutivo inferiore, potremmo collocare la *percezione inconscia* di un vissuto, ossia tutto ciò che è mantenuto al di sotto della consapevolezza cosciente dai più svariati meccanismi di difesa, ma che si esprime tuttavia nella forma di atti mancati, di lapsus, o di sogni. A un livello ancora più primitivo si pongono le forme di regressione dove un determinato affetto, o sentimento si esprime in un *sintomo psicologico* (come accade

²⁷⁸ Nicolson P. (2001). *Postnatal Depression: Facing the Paradox of Lost Happiness and Motherhood*. Chichester, U.K.: Wiley.

²⁷⁹ Kaplan, T. (1998). Marital conflict by proxy after father kills mother: The family therapist as an expert witness in court. *Family Process*, 37 (4): 479-494.

classicamente nell'isteria di conversione). In ultima istanza, la regressione può spingersi fino al confine fra il mentale e il somatico e questo processo, legato a un conflitto angoscioso che non può divenire rappresentazione, si esprime con un *sintomo somatico* (somatizzazione).

III – LE DIFESE PRIMITIVE

Per essere definita come *primitiva*, una difesa deve mostrare due qualità, che sono anche associate alle fasi precoci, preverbal, dello sviluppo infantile: vi deve essere (a) un'insufficiente acquisizione del principio di realtà, e (b) un incompleto conseguimento del processo di individuazione (ovvero della separazione del Sé e della costanza d'oggetto).

Le principali difese primitive sono: (1) la fantasia schizoide (o autistica; questa difesa è chiamata anche *ritiro primitivo*), (2) il diniego, (3) l'onnipotenza (o controllo onnipotente), (4) l'idealizzazione, (5) la svalutazione, (6) la proiezione, (7) l'introiezione, (8) l'identificazione proiettiva e (9) la scissione.

1. *Le fantasie schizoidi*

Il fantasticare costituisce un'attività incessante di ogni individuo. Ogni persona si trova a vivere ogni minuto della propria vita immerso in pensieri, progetti, sogni ad occhi aperti, fantasie consce e inconsce: questo accade nella veglia ma anche nel sonno. I *sogni*, ad esempio, sono quelle fantasie particolari che accompagnano tutte le fasi del nostro sonno²⁸⁰. Nella maggior parte degli individui le fantasie diurne (consce e inconsce), e i sogni notturni, hanno proprio la funzione di riequilibrare l'assestamento intrapsichico dell'individuo, turbato, in una qualche misura, dalla realtà; nella fantasia schizoide, l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di tensione interne o esterne, privilegiando la vita all'interno delle fantasie, a scapito della realtà; la persona preferisce rimanere maggiormente immersa in fantasie irrealizzabili, al fine di ottenere una totale autonomizzazione dalla dipendenza da altre persone. L'utilizzo eccessivo di questa difesa porta a una tendenza a evitare le relazioni umane. Se la fantasia diventa la modalità più abituale per esprimere o gratificare i propri bisogni, il suo utilizzo diventa disadattivo. Il termine *fantasia schizoide* si riferisce al fatto che, per poter diventare mezzo per gratificare i propri bisogni, è necessario scindere

²⁸⁰ Oggi sappiamo che i sogni non sono presenti solo nella fase cosiddetta REM del sonno, ma in tutte le fasi del sonno, anche se con caratteristiche di rappresentazione diverse. Ad esempio, sembra che i sogni durante la fase REM siano più liberi dalle costrizioni dell'esame di realtà dei sogni "pensiero-simili" delle fasi non REM.

(schizo-) e negare l'esistenza di buona parte di quella realtà personale e/o esterna che non concorda con queste fantasie.

Le fantasie possono essere del tipo come il "sognare a occhi aperti", ovvero una soluzione ad un conflitto con il mondo reale, che prevede una presenza anche se fluttuante della consapevolezza: le persone a momenti si rendono conto di sognare a occhi aperti. Oppure possono essere delle fantasie del tutto inconscie, che lasciano traccia della loro esistenza solo attraverso lapsus, paraprassie e atti mancati. La funzione della fantasia è, come abbiamo accennato sopra, un processo mentale estremamente creativo e utile per l'individuo; diventa disadattativa soltanto quando serve per evitare sistematicamente i conflitti del mondo reale, e l'individuo si rifugia nella gratificazione di un mondo immaginario²⁸¹.

Secondo il DSM IV²⁸², la fantasia schizoide è presente quando il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni con un eccesso di sogni ad occhi aperti, che rappresentano un sostituto delle relazioni umane, di comportamenti più efficaci, e delle soluzioni per i problemi. Nei bambini, sono molteplici e diverse le espressioni di ritiro in un rifugio protettivo rispetto agli stimoli esterni ritenuti come traumatici; esso avviene non solo con il fantasticare, ma in un vero e proprio *ritiro narcisistico*, che può anche sfociare, ad esempio, nel ritirarsi, in momenti inopportuni, nel sonno: il bambino, in preda a tensioni o stimoli dolorosi, semplicemente si addormenta, dove il sonno diventa l'espressione di una fuga psicologica dalla realtà. Il ritiro primitivo può anche entrare nel *controtransfert* (e pertanto può essere analizzato). Vi sono dei pazienti che inducono nell'analista (che fino a pochi attimi prima era ben sveglio, e non avrebbe avuto altri motivi per sentirsi stanco) una forte tendenza all'addormentamento: essa potrebbe segnalare la presenza di una fantasia schizoide del paziente, che fa fatica a restare in relazione con il terapeuta²⁸³. Il prevalere, in un paziente, di questo tipo di meccanismi di difesa sugli altri in modo massiccio caratterizza quella che è la *personalità di tipo schizoide*.

²⁸¹ Lingiardi, V., e Madeddu, F. (2002) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

²⁸² American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. International Version with ICD-10 codes*. Washington D.C. Tr.it in *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson S.p.A. - Milano, 1995.

²⁸³ McLaughlin, J. T. (1975). The sleepy analyst: some observations on states of consciousness in the analyst at work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23: 363-382.

2. Il diniego

Il termine di diniego (o negazione psicotica) viene usato quando vi è menomazione grossolana del test di realtà²⁸⁴. Sandler ne parla come di uno dei più precoci meccanismi di difesa che si presentano nel bambino, e fa l'esempio del bambino che ancora gattona, che, quando gli viene presentato il fratellino appena nato, regolarmente volge la testa dalla parte opposta, come se il neonato non esistesse. Il bambino con questo meccanismo elimina le esperienze spiacevoli e sentimenti aggressivi, da cui è anche spaventato. È molto più facile negare i propri sentimenti feriti che non riconoscere pienamente la rabbia e poi inibire coscientemente il pianto, il dolore. Il diniego in un certo senso potrebbe avere qualche analogia con le *allucinazioni negative*. *Una paziente aveva vissuto quali traumatiche delle esperienze sessuali dove un uomo le aveva chiesto di masturbarlo. Uno dei sintomi dispercettivi, che compariva in relazione a questi ricordi, era l'allucinazione negativa limitata al proprio avambraccio destro: questa paziente non vedeva, né percepiva la presenza, del proprio braccio destro; in modo altrettanto sorprendente non si preoccupava del fatto di non vederlo. La paziente non ne teneva conto, come se le fosse diventato indifferente, né lo muoveva attivamente, al punto da indurre il terapeuta a pensare a una sindrome neurologica (un neglect funzionale)²⁸⁵. Il diniego si presenta anche in situazioni dove non vi è una chiara psicopatologia e sono innumerevoli le situazioni dove agisce il diniego nella vita quotidiana: dal marito che nega che le chiavi della macchina, che ha disperatamente cercato per due ore, sono state messe da lui stesso nella giacca del proprio cappotto (e non dalla moglie alla quale attribuisce la colpa), all'anziano fumatore che sostiene che le sigarette non gli fanno male, al marito tradito che non si è accorto mai di nulla dopo che la moglie gli racconta della relazione che dura da cinque anni, alla madre che ha sempre sostenuto di non aver avuto mai il sospetto che il marito abusasse della figlia, e così via.*

²⁸⁴ Freud, S. (1893). Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche. *OSF*, vol 2. Pp. 67-84.

²⁸⁵ Il cosiddetto *neglect*, o sindrome da negligenza spaziale unilaterale, è un disturbo neurologico su base organica il cui sintomo maggiore è un deficit di consapevolezza dello spazio opposto all'emisfero cerebrale lesionato. Più frequentemente la lesione è situata nell'emisfero destro ed il deficit si manifesta in un'incapacità di orientare l'attenzione in direzione opposta alla lesione quindi verso sinistra, o di percepire la propria metà sinistra del corpo da parte del paziente. Nel caso della paziente sopra citata (che depone per una sintomatologia isterica o dissociativa) il deficit è sul lato destro (e in più limitata al solo l'avambraccio) a conferma dell'ipotesi di Freud che sosteneva che "l'isteria ignora l'anatomia".

3. *Il controllo onnipotente*

Quando il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni sentendosi o agendo come se possedesse poteri o capacità speciali, e come se fosse superiore agli altri, l'individuo vive difensivamente una condizione di onnipotenza. L'origine del controllo di tipo onnipotente è antica e va cercata nei primi tentennanti tentativi del bambino di uscire dal suo guscio narcisistico (il prolungamento psicologico della placenta e dell'unità fetale e materna). La condizione infantile di *onnipotenza primaria*, dove il bambino vive l'illusione di controllare il mondo, con la maturazione del bambino, lascia progressivamente il posto a una fase successiva, di *onnipotenza secondaria*, dove tutto il potere di controllo, sicurezza e salvaguardia stessa della sua sopravvivenza viene attribuita a una o più figure primarie di accudimento, ai genitori. Il bambino poi impara (se gli viene insegnato...) a tollerare il dolore, un dolore che deriva dalla constatazione graduale che la "magia" (l'onnipotenza) non esiste, né in Sé, né nelle persone che lo accudiscono. La gradualità e l'opportunità di compiere questi diversi passaggi appare strettamente correlata a quanto il bambino ha potuto effettivamente sperimentare nel proprio ambiente familiare, di vivere questi aspetti di controllo magico e onnipotente sufficientemente a lungo e con sufficiente sicurezza. Può essere infatti molto allettante apparentemente per un bambino fantasticare di avere dei poteri magici che gli permettano di far scomparire o distruggere tutti i nemici. Tuttavia può essere anche molto spaventoso per un bambino piccolo pensare che questi poteri magici, in momenti di frustrazione, rabbia o gelosia, possano venire usati contro la mamma o il papà. Le continue dimostrazioni da parte dei genitori che sopravvivono tanto alla voracità, quanto ai desideri di predominio e controllo da parte del bambino, fa sì che il bambino progressivamente impari che effettivamente può esercitare un'influenza sugli altri, senza che questa influenza si risolva in "magiche" minacce per la relazione. Quando il controllo onnipotente diventa la difesa maggiormente utilizzata parliamo di persone con personalità psicopatica (detta anche sociopatica o *disturbo di personalità antisociale*): queste persone, per far fronte al dolore che deriva dalla loro consolidata esperienza di non potersi affidare a nessuno, hanno la primaria preoccupazione di esercitare una qualche forma di potere sugli altri. Di loro si dice che sono "persone che non riescono a soffrire, ma che riescono benissimo a fare soffrire gli altri". Un pregiudizio sulle persone affette da personalità antisociale è che siano refrattarie alla psicoterapia. Va ricordato a questo proposito che l'utilizzo massiccio di questa difesa si trova in persone che non hanno visto quasi mai riconosciute le loro esigenze, e questo fin dalla prima infanzia: queste persone, se trattate senza pregiudizi, possono essere avvicinate alla psicoterapia con i debiti accorgimenti tecnici.

4. L'idealizzazione

L'idealizzazione di un genitore da parte del bambino fa parte dei normali processi dello sviluppo infantile. Per una buona parte dello sviluppo del bambino entrambi i genitori vanno incontro a un'esaltazione cosciente delle loro caratteristiche positive (mentre da parte del bambino tendono a rimanere generalmente più confinate nei sistemi preconsco e inconscio le tendenze aggressive e svalutative). L'idealizzazione normale è una componente essenziale dell'amore maturo e la graduale de-idealizzazione (o svalutazione) di coloro per i quali abbiamo avuto attaccamenti infantili costituisce una parte normale e importante del processo di separazione-individuazione. Essa ricalca la convinzione dei bambini piccoli che la madre e il padre siano perfetti, perfettamente capaci di azioni sovrumane, degni di fiducia totale e di amore per il bambino. L'idealizzazione risponde al bisogno di essere continuamente rassicurati nella propria avvenenza, nel proprio potere, nella propria fama e nell'importanza per gli altri. Inoltre, questo processo di idealizzazione contribuisce in parte alla formazione degli *ideali* stessi, il raggiungimento dei quali continuerà per il resto della vita dell'individuo a fornire dei rifornimenti narcisistici utili alla crescita personale. Vi sono tuttavia delle persone che letteralmente *vivono* idealizzando: in tutti questi casi possiamo ipotizzare che siamo di fronte a un *disturbo narcisistico della personalità*²⁸⁶. Queste persone affrontano i conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne attribuendo qualità esageratamente positive a se stesso e/o agli altri. Esistono infinite combinazioni nell'espressione di questa esagerazione di aspetti positivi tra sé e l'altro da sé. Vi sono quelli che hanno un'accresciuta opinione di sé ma svisiscono le caratteristiche altrui, oppure quelli che si credono migliori degli altri e tendono ad associarsi solo a un "élite" che ritengono degna della loro considerazione²⁸⁷. Si tratta spesso dei cosiddetti "*narcisisti dalla pelle spessa*", ossia quelle persone che difficilmente si fanno toccare emotivamente dagli altri, non si mettono mai in discussione e le cui difese tendono a essere impenetrabili. All'altro estremo dello spettro vi è chi è convinto di non valere niente e vede negli altri tutte le qualità. Queste persone sono state definite come "*narcisisti dalla pelle sottile*", che non tollerano alcun contatto emotivo troppo intenso o troppo prolungato. Per le loro caratteristiche, questi persone possono essere annoverate

²⁸⁶ Joffe, W.G. & Sandler, J. (1967) Some conceptual problems involved in the consideration of disorders of narcissism. *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 2, n. 1. Trad. it. in: Sandler J. (1980) *La ricerca in psicoanalisi* (Alcuni problemi concettuali riguardanti i disturbi narcisistici), pp. 184-196. Torino: Bollati Boringhieri.

²⁸⁷ Spesso sono anche persone prive del senso dell'umorismo. In posizione del tutto antitetica a questa posizione narcisistica, viene in mente Graucho Marx, il famoso comico, quando diceva: "Non vorrei mai far parte di un club che accetti fra i suoi membri un tipo come me".

nella diagnosi psichiatrica descrittiva di *disturbo borderline di personalità*²⁸⁸. Si potrebbe anche dire che chi idealizza in modo estremo “vive di luce riflessa” sia dei propri ideali, che dell’immagine esteriore degli altri. Non è inconsueto trovare persone che hanno spiccate caratteristiche di questo tipo ricoprire importanti ruoli in professioni che conferiscono rinforzi e gratificazioni narcisistiche, anche attraverso una visibilità di carattere esteriore (come l’indossare una divisa nell’esercito o nelle forze dell’ordine, o il camice per i medici). Se intraprendono una terapia, questi sono pazienti che appaiono inizialmente estremamente gratificanti per il terapeuta: ogni psicoanalista sa che la benedizione che viene dall’idealizzazione, è in realtà una maledizione per la terapia (che, a volte, porta a brusche interruzioni del rapporto), in quanto essa crea un’aspettativa di gratificazione, di protezione totale e di sicurezza assoluta, che solo un oggetto idealizzato può dare, e quindi impossibile da raggiungere nel rapporto tra due esseri umani quali sono il terapeuta e il paziente. Quando la delusione di questa aspettativa immancabilmente arriva, l’idealizzazione lascia il posto alla svalutazione, contraddistinta spesso da sentimenti molto intensi e difficili da tollerare.

5. La svalutazione

Nella svalutazione la persona affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne attribuendo caratteristiche esageratamente negative a se stesso o agli altri. La svalutazione è una difesa che deriva da una profonda paura di vedere ferita (o incrinata) la propria immagine o la propria fonte interna ideale di gratificazione. *Un paziente da piccolo aveva subito frequenti separazioni dai genitori che per lavoro dovevano viaggiare ed era stato irregolarmente accudito da questi e da parenti a cui veniva occasionalmente affidato. Egli raggiunta l’adolescenza tendeva a innamorarsi intensamente di ragazze solo se queste gli garantivano una presenza incostante. Le desiderava anche sessualmente, tuttavia, dopo averle conquistate, in particolare dopo l’intimità sessuale, egli provava per la*

²⁸⁸ Il *disturbo borderline di personalità* va tenuto distinto con quanto in questo testo intendiamo per livello *borderline* di organizzazione evolutiva della personalità. Il primo è un quadro sintomatologico descrittivo dove il soggetto prova “una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’autostima e dell’umore, e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta. Gli individui con disturbo *borderline* di personalità compiono sforzi disperati per evitare abbandoni reali o immaginati. La percezione della separazione o del rifiuto imminenti, o la perdita di qualche strutturazione esterna, possono portare ad alterazioni profonde dell’immagine di sé, dell’umore, della cognitività e del comportamento. Questi individui sono molto sensibili alle circostanze ambientali. Il livello *borderline* di organizzazione evolutiva della personalità, va invece associato a un’organizzazione evolutiva del bambino, in particolare legata alla fase anale, e nel processo di individuazione-separazione, alla fase del *riavvicinamento*, dove prevalgono le spinte disgregative e i confini del Sé non sono ben formati, e la separazione dall’oggetto materno è carica di insicurezza e foriera di angoscia.

partner dei sentimenti di disprezzo intenso, che riuscivano a distorcere letteralmente la percezione delle sembianze fisiche della sua partner, che diventava improvvisamente "brutta", "sciatta" e "repellente". In questo modo, il rapporto gli diveniva insopportabile ed egli interrompeva regolarmente il rapporto di lì a poco. Possiamo in questo esempio vedere che la svalutazione diventa il filtro percettivo con cui la persona poi vede il mondo. In combinazione ai processi proiettivi, questo paziente svalutando la partner preservava la propria autostima e se stesso dalla consapevolezza che quegli aspetti infantili rimasti inevasi (da sempre sentiti come "brutti", "squallidi" e "repellenti") erano i propri. La svalutazione primitiva non è quindi altro che l'inevitabile opposto dell'idealizzazione. Nessun essere umano è perfetto, quindi l'idealizzazione per lo psicoterapeuta che segue modalità infantili precoci è condannata a lasciare il posto a questo sentimento, alla disillusione. Quindi idealizzazione e svalutazione sono complementari: tanto più l'oggetto è idealizzato, tanto più radicale e distruttiva sarà la svalutazione cui andrà incontro.

6. La proiezione

Fondamentalmente, la proiezione è quel processo per cui *qualcosa di interno viene considerato proveniente dall'esterno.* Abbiamo dedicato un capitolo alla descrizione dei meccanismi proiettivi. In questo paragrafo intendiamo sottolineare la natura profondamente ubiquitaria di questi meccanismi, fisiologici e "normalmente presenti" in ognuno di noi. Come tutti i meccanismi di difesa inoltre, la proiezione non soltanto può essere utile per preservarci da situazioni di dolore altrimenti intollerabili ma è anche quel meccanismo che ci permette di "adattare" stimoli nuovi e ignoti alla nostra visione del mondo, alla nostra *Weltanschauung* percettiva, e quindi di apprendere dall'esperienza. Classicamente si ritiene che nella proiezione, *"l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne attribuendo erroneamente ad altri i propri sentimenti, impulsi o pensieri (o percezioni) non riconosciuti. Il soggetto rinnega i propri sentimenti, le proprie intenzioni, la propria esperienza attribuendoli agli altri, di solito a coloro dai quali si sente minacciato o che sente in qualche misura affini"*. Nelle proiezioni vi è sempre quindi una qualche quota di *disconoscimento della propria realtà interna*²⁸⁹. Nell'esempio precedente del paziente che disprezzava le donne dopo ogni rapporto sessuale, la proiezione entrava in gioco, insieme alla svalutazione, nell'attribuire alla *partner* le *proprie* esigenze di contatto emotivo e intimità, attribuendo loro un valore di minaccia: questi sentimenti erano da sempre temuti e vissuti come mi-

²⁸⁹ Tale allontanamento dell'esperienza dal Sé può, a seconda del grado essere una qualche forma di rinnegamento dell'esperienza, che va dalla semplice negazione ("Non è vero! Non sono stato io! Ha cominciato lui!"), fino a un disconoscimento totale dell'esperienza (diniego).

nacciosi in quanto percepiti come la causa della sua solitudine e dei ripetuti abbandoni da parte delle figure di riferimento affettivo.

Nelle sue forme più mature, la proiezione è alla base della comunicazione con gli altri (nella comunicazione per comprendere gli altri “proiettiamo” continuamente le nostre intuizioni e intenzioni negli altri, e viceversa), ed essa è alla base dell'*empatia*²⁹⁰. Nelle sue forme meno integrate, la proiezione provoca pericolosi fraintendimenti e immensi danni interpersonali. Un bambino piccolo può, ad esempio, diventare il ricettacolo dei meccanismi proiettivi patologici di un genitore disturbato. La costante pressione ad adattarsi alla “versione di sé proiettata” dal genitore, nonché il costante fraintendimento delle intenzioni del bambino e la percezione, da parte del bambino, che le proprie espressioni infantili più autentiche e spontanee non sono riconosciute, o accettate dal genitore, comporta fin dalla prima infanzia svariati disturbi della capacità di apprendere, intesa come l'assimilazione dell'esperienza, con ripercussioni sulla crescita. I meccanismi proiettivi, che come abbiamo accennato sono presenti in ogni persona, differiscono tuttavia profondamente a seconda della struttura di personalità (cioè del tipo di difese prevalentemente utilizzate) e del livello di organizzazione evolutiva della persona (cioè dal livello – psicotico, borderline o nevrotico – di funzionamento).

Un esempio di una proiezione in un soggetto di struttura nevrotica può essere quello di un bambino che mi è giunto alla valutazione per una serie preoccupante di comportamenti fobici, che appena entrato nel mio studio assieme ai genitori, ha visto sporgere da dietro alla scrivania la punta del mio piede. Questo bambino ha avuto un sobbalzo e con voce estremamente angosciata, ha urlato “C'è un lupo nella stanza!”.

Ben diversa è la fenomenologia psichica e relazionale se i processi proiettivi appartengono a una persona con livello evolutivo di organizzazione *borderline* o psicotica (dove sono maggiori le angosce disgregative e minore è l'integrazione del Sé).

Una paziente di circa trent'anni, durante il primo colloquio, si esprimeva con un eloquio monofonico. Quello che questa prima seduta aveva lasciato come sensazione all'analista era un inspiegabile senso di angoscia e di pericolo imminente, senza che dopo la prima seduta lo psicoanalista riuscisse a comprendere il motivo per cui era stato interpellato. Nel corso delle sedute successive fu possibile stabilire che la paziente era incinta e nascondeva un'intensa e dolorosa conflittualità in merito alle sue intenzioni di abortire.

²⁹⁰ L'*empatia* può essere anche definita come l'esito di un meccanismo proiettivo, dove ad essere proiettate in un'altra persona sono le nostre stesse capacità di *insight*, e quindi la capacità di riflettere su sé stessi, e di comprendere i sentimenti e le intenzioni degli altri.

È ipotizzabile che in questa paziente, i cui confini tra Sé e oggetto non si erano potuti sviluppare sufficientemente, le angosce relative alle vicissitudini del possibile nascituro e del Sé si confondessero nella mente della paziente, conferendo alla comunicazione con l'analista la stessa impronta confusiva e ansiogena. Potremmo quindi dire che in questo caso il fenomeno difensivo era più propriamente un'*identificazione proiettiva*. I fenomeni proiettivi si possono collocare in uno spettro dove a un capo troviamo la confusione psicotica (dove *tutto* viene proiettato, predomina la sostituzione del mondo esterno da parte di quello interno, e la realtà viene completamente disconosciuta o confusa come nel sogno; le altre persone cessano di esistere come individui a se stanti, se non come ricettacoli delle proiezioni), o le espressioni di identificazioni proiettive nella persona con livello di organizzazione evolutiva prevalente di tipo *borderline*; all'estremo più maturo dello spettro proiettivo, vi sono le proiezioni "fisiologiche", quelle che ci permettono di esternalizzare le nostre esperienze memorizzate e quindi di riconoscere adeguatamente il mondo, secondo un corretto esame di realtà.

7. *L'introiezione*

L'introiezione è invece il processo opposto alla proiezione, ove *si considera proveniente dall'interno qualcosa che in realtà è esterno*. Anche di questo meccanismo di difesa abbiamo abbondantemente già parlato nel capitolo dedicato ai processi di assimilazione dell'esperienza (nel capitolo 6, su *L'identificazione*). Nelle sue forme più fisiologiche, l'introiezione equivale a un'identificazione primitiva con altre persone importanti. Anna Freud la descrive come quel fenomeno per cui qualche aspetto della mamma o del papà viene letteralmente "inglobato" dal bambino: né è un esempio il bambino che fa la voce grossa alla mamma girando trionfante per la casa camminando goffamente nelle scarpe del papà. Nelle sue forme patologiche ed antievolutive, l'introiezione, esattamente come la proiezione, può diventare un processo psicopatologico molto disturbante. Ne sono esempi *l'identificazione con l'aggressore* che, in fondo è una forma di introiezione, dove in condizioni di paura o maltrattamento, la persona tende a dominare la paura e l'assoggettamento passivo, assimilando totalmente le qualità del suo aggressore. Oltre alla esaustiva descrizione che ne dà Anna Freud nel suo scritto sui meccanismi di difesa, vale la pena citare *in toto* il passaggio che ne fa Ferenczi²⁹¹ a proposito delle situazioni di *abuso infantile*:

²⁹¹ Ferenczi, S. (1932) La confusione delle lingue tra gli adulti e i bambini. Opere, vol. IV, 1927-1933. Milano: Raffaello Cortina Editore (2002).

“Un adulto e un bambino nutrono affetto reciproco; il bambino ha la fantasia di fare per gioco la parte della madre con l'adulto. Questo gioco può assumere forme erotiche, pur rimanendo al livello delle manifestazioni di tenerezza. Ma le cose vanno diversamente quando l'adulto ha delle tendenze patologiche, specialmente se il suo equilibrio e il suo autocontrollo sono alterati da qualche disgrazia o dall'uso di sostanze che ottundono la coscienza. Allora egli scambia gli scherzi del bambino per desideri di una persona sessualmente sviluppata, oppure si lascia andare ad atti sessuali, senza valutarne le conseguenze. Sono all'ordine del giorno effettivi atti di violenza su bambine che hanno da poco superato la primissima infanzia, atti analoghi di donne adulte su bambini di sesso maschile, e, naturalmente, anche violenze di natura omosessuale.

È difficile indovinare il comportamento e la reazione emotiva dei bambini dopo violenze di questo tipo. Il loro primo impulso sarebbe di rifiuto, odio, disgusto, energica difesa. «No, non voglio, questa è una cosa troppo forte, mi fa male, lasciami», con queste o altre parole simili si esprimerebbe la loro immediata reazione, se non fosse paralizzata da una paura immensa. I bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo lontana dall'essersi consolidata perché essi siano in grado di protestare sia pure solo mentalmente; la forza prepotente e l'autorità degli adulti li ammutolisce, spesso toglie loro la facoltà di pensare. Ma questa stessa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri identificandosi completamente con l'aggressore. Con l'identificazione, diciamo meglio con l'introiezione dell'aggressore, quest'ultimo scompare come realtà esterna; l'evento da extrapsichico diviene intrapsichico. Ora tutto ciò che è intrapsichico soggiace, in uno stato onirico come è appunto la *trance* traumatica, al processo primario, il che significa che può essere modellato secondo il principio del piacere: trasformato in allucinazioni positive e negative. Il fatto che l'aggressione cessi di esistere come rigida realtà esterna, fa sì che nella *trance* traumatica il bambino riesca a mantenere in vita la situazione precedente, col suo carattere di tenerezza. Ma nella vita psichica del bambino il mutamento più importante, provocato dall'identificazione per paura col partner adulto, è l'introiezione del senso di colpa dell'adulto; questa introiezione fa apparire come un'azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente.”²⁹²

L'introiezione è inoltre determinante nell'insorgenza e nella risoluzione dei processi connessi alla depressione e al lutto. Abbiamo visto che, quando amiamo e siamo profondamente attaccati affettivamente a delle persone, noi le introiettiamo, ovvero mettiamo dentro di noi le loro caratteristiche, quelle che ce li rendono speciali, e che diventano parte della nostra identità. Si provi a pensare cosa succede se una persona che fa fatica a essere un individuo a se stante, perde una di queste figure importanti nella vita esterna (oppure uno *status* lavorativo, o perde la condizione fisica di benessere per

²⁹² Originariamente, lo scritto è stato letto alla Relazione al XII Congresso Internazionale di Psicoanalisi tenutosi a Wiesbaden nel settembre 1932.

una malattia, se perde il lavoro o un ideale su cui intimamente si appoggia). Ad esempio, un paziente faceva fatica a definirsi in altro modo se non attraverso una altra persona. Egli diceva di sé: “Sono il marito di Anna, il figlio di Marco, etc.”. Dopo una perdita luttuosa, egli continuò a sentirsi solo il figlio di Marco, anche se il padre era morto; anche se razionalmente il paziente sapeva di aver perduto la persona cui era intimamente legata, continuava la relazione interna con essa. Il processo del lutto consiste spesso essenzialmente nello sforzo di colmare lo iato esistente tra una relazione non più proficua (di cui il mondo esterno ci ribadisce che l’oggetto c’è più), e lo strenuo tentativo di preservare questa relazione nel nostro mondo interno. “L’ombra dell’oggetto cadde così sull’Io” diceva Freud in “Lutto e melanconia”, a proposito della genesi della melanconia. Le persone che ricorrono regolarmente e in modo prevalente e massiccio al meccanismo dell’introiezione vengono comunemente descritte come aventi un carattere depressivo.

8. L’identificazione proiettiva

Il termine di *identificazione proiettiva* è stato introdotto per la prima volta da Melanie Klein²⁹³ per descrivere un meccanismo di difesa ad insorgenza molto precoce nel bambino. La Klein sosteneva che l’utilizzo di questo meccanismo di difesa era proprio di quella fase della vita del bambino dove, per l’immaturità dell’apparato psichico infantile, l’infante, non riuscendo a mantenere un’immagine costante e sufficientemente integrata della madre, scindeva – *concretamente*, secondo la Klein – le qualità confortanti della madre (ovvero quando è presente, quando fornisce sufficiente calore, nutrimento e sicurezza) da quelle frustranti (quando la madre è assente, o non comprende istantaneamente i bisogni impellenti del bambino), mantenendo questi aspetti materni polarizzati, quasi provenissero da due persone diverse. La Klein ha denominato questa condizione mentale del bambino, *posizione schizoparanoide*. Questa soluzione adattiva, secondo la Klein, conferisce al neonato una sufficiente equilibrio anche in assenza di costanza dell’oggetto, ossia di un apparato mentale in grado di conservare un’immagine sufficientemente costante delle proprie figure di accudimento, inoltre gli permette la facoltà di richiamarle mentalmente nel momento del bisogno durante l’assenza della madre, e sostenere sufficientemente a lungo l’attesa dell’effettiva gratificazione data dalla presenza confortante dell’oggetto. Tuttavia la conseguenza inevitabile di questa organizzazione mentale è proprio l’*identificazione proiettiva*. Se è vero che il mondo del bambino si vede così suddiviso in “buoni e cattivi”, in esperienze totalmente gratificanti e in esperienze

²⁹³ Klein M. (1946) Notes on Some Schizoid Mechanisms, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 27; trad. it.: Note su alcuni meccanismi schizoidi, in *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.

totalmente soverchianti, il bambino automaticamente attribuisce questo tipo di “valore” emozionale alle sue relazioni. Nella vita soggettiva del bambino molto piccolo, avverrebbe quindi, secondo la Klein, una proiezione massiccia e totale, di un affetto o di un impulso inaccettabile, su qualcun altro come se fosse realmente l'altro a provare quell'affetto o quell'impulso. Secondo gli psicoanalisti kleiniani (e, tra questi, Bion²⁹⁴ in particolare) affinché si possa parlare di identificazione proiettiva è necessario che (1) vi sia in corso un rapporto interpersonale con una persona che funga da concreto ricettacolo delle emozioni mal tollerate e quindi espulse con la proiezione, (2) che la persona che riceve queste proiezioni si trovi, di conseguenza, a provare i sentimenti che la persona che proietta gli ha evacuato (in genere, sono sentimenti che insorgono regolarmente in risposta alla presenza di questa persona, di cui il ricevente non sa spiegarsi né la natura, né l'origine). In questo senso Bion²⁹⁵ diceva che lo psicoanalista si sente come se stesse recitando una parte in una recita che non rientra nel suo repertorio, che non gli appartiene e, allo stesso tempo, non ne è soncapevole, nella più assoluta convinzione che questi sentimenti in realtà siano indubitabilmente propri. Nell'identificazione proiettiva il paziente non si limita quindi a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle proprie passate relazioni oggettuali: in aggiunta il terapeuta diviene oggetto depositario di pressioni da parte del paziente intese a fargli sperimentare quanto il paziente sta vivendo nella propria fantasia.

Il concetto di identificazione proiettiva, sempre in Bion, e per estensione in tutta la cultura post-kleiniana contemporanea, è diventato onnipresente e potenzialmente alla base di ogni meccanismo sia fisiologico (come la comunicazione interpersonale non verbale e l'empatia), sia patologico (ponendo le basi per una comprensione di patologie dissociative gravi o delle psicosi). Tuttavia questo uso indiscriminato dell'identificazione proiettiva è stato criticato, sulla base del fatto che nella psicoanalisi contemporanea²⁹⁶ si ritiene teoricamente e metodologicamente più utile privilegiare l'estrema varietà dei meccanismi di difesa e delle configurazioni caratteriali che può seguire alle fasi più precoci di vita di ogni individuo²⁹⁷. Anche se è implicito in un'ot-

²⁹⁴ Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London: William Heinemann. [Reprinted London: Karnac Books 1984].

²⁹⁵ Bion W. R. (1962) *Learning from Experience*. London: Heinemann; trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando, 1972.

²⁹⁶ Sandler, J. (1987). The Concept of Projective Identification. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 10: 33-49.

²⁹⁷ Sandler, J. (1993). On Communication from Patient to Analyst: Not Everything is Projective Identification. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 1097-1107.

tica di psicologia dinamica che anche persone più integrate e mature possono occasionalmente, in situazioni estreme, sviluppare meccanismi di difesa così primitivi e disadattivi, come l'identificazione proiettiva, attualmente si ritiene che questo processo difensivo possa essere un concetto valido per descrivere le modalità difensive attribuite al funzionamento proprio dei livelli evolutivi di organizzazione *borderline* o *psicotica*. Se diviene il meccanismo di difesa privilegiato, l'identificazione proiettiva infatti comporta l'attribuzione di un'immagine della realtà per cui l'oggetto è visto in una luce distorta. In questa distorsione percettiva, possiamo quindi intravedere una qualche alterazione, regressione o danneggiamento dell'esame di realtà, tipico di personalità poco strutturate in fasi fondamentali dell'infanzia.

9. *La scissione*

Nella scissione, il bambino piccolo affronta qualsiasi sollecitazione a cui è impreparato o fonti di stress interne o esterne, trattandole come se fossero esperienze del tutto buone o completamente cattive, non riuscendo a integrare le caratteristiche positive e negative di sé e degli altri in immagini coese e realistiche. In questo modo una stessa persona può essere dal soggetto alternativamente idealizzata e svalutata. Questo è un meccanismo del tutto fisiologico nelle prime fasi della vita, che aiuta il bambino a mantenere un sufficiente sentimento di sicurezza interiore, basato sul mantenere ben distinte le fonti di frustrazione da quelle di benessere.

Un bambino nato a termine ha sviluppato per una malattia congenita una perforazione gastrica che si è complicata con ulteriori episodi peritonitici. Dopo il ricovero in ospedale, i chirurghi gli hanno praticato un intervento di colostomia, ossia una giunzione dell'intestino sulla parete esterna dell'addome per permettere le evacuazioni fecali. Questa evenienza ha reso i primi mesi di vita di questo bambino improntati dalla costante presenza di dolore fisico. Le infermiere del reparto erano molto turbate quando eseguivano le necessarie manovre di pulizia della ferita chirurgica: queste manovre possono essere anche molto dolorose. Nella percezione di un'infermiera, il bambino si contorceva dal dolore, "fissandola" e facendola sentire un'aguzzina che lo stava torturando. Pochi minuti dopo la fine delle pulizie, al recedere della sintomatologia dolorosa nel bambino, la stessa infermiera si stupiva della modalità gioiosa e accattivante dello stesso neonato con lei. Da persecutrice, ora si sentiva come se il bambino non volesse altro che la sua vicinanza.

Qualcuno dice che nell'ambito psichico "il destino dell'oggetto è lo stesso del Sé", cioè *quello che accade all'oggetto, accade anche al Sé*, vista l'inscindibilità dalla relazione, almeno nelle fasi immature della vita. Se una persona che vive il resto del mondo come suddiviso tra buoni e cattivi, vive la stessa situazione rispetto alle parti del proprio Sé. Le parti che l'individuo percepisce come "cattive" (usualmente quelle che vivono esperienze di voracità, avidità, invidia, odio, rabbia, che usualmente vengono percepite come "negative"

pur rappresentando una importante componente che spontaneamente si presenta nella vita psichica di ogni individuo) sono quindi percepite come parti del Sé non tollerate, almeno quanto non sono tollerabili negli altri. Di conseguenza, come abbiamo accennato sopra, la scissione rappresenta la condizione predisponente alle esternalizzazioni di porzioni più o meno ampie della propria vita psichica.

Nella clinica è peraltro estremamente comune avere a che fare con esperienze “tutto o nulla” da parte dei pazienti, e anche in questi casi è bene non saltare alle conclusioni e stabilire che chi funziona secondo queste modalità scissionali sia una persona dalla struttura gravemente regredita, schizofrenica o comunque psicotica. Spesso, il ripresentarsi di momenti in cui si ripresentano delle polarizzazioni estreme dei conflitti interni dell'individuo, corrispondono, almeno nella pratica clinica, anche a momenti in cui il paziente è più vicino ad affrontare e a superare degli importanti problemi intrapersonali. Lasciare una struttura intrapsichica nota, un proprio modo di funzionare, che anche se insoddisfacente ci ha permesso di sopravvivere in un clima di sufficiente sicurezza interna, non può essere mai un'esperienza indolore: non è un caso che nell'acuzie del conflitto, è proprio nella fase di risoluzione che il paziente si sente in preda a sentimenti estremamente persecutori, o alla affannosa ricerca di un “*deus ex machina*” esterno da idealizzare che giunga a risolvere ogni vertenza interna. Una diceria di matrice psicoanalitica (che tuttavia non ho avuto modo di confermare direttamente, per fortuna), ad esempio, sostiene che i soggetti con livello evolutivo di organizzazione psicotica (strutturati secondo modalità arcaiche di assimilazione dell'esperienza) sono particolarmente a rischio di suicidio quando stanno per abbandonare proprio il meccanismo di scissione. L'integrazione delle componenti percepite come totalmente ostili e totalmente benevole, di odio totale e di amore completo (almeno, in una visione psicoanalitica kleiniana) predisporrebbe al dolore psichico e alla depressione, con maggiore rischio di atti autolesionistici.

La difesa della scissione nell'adulto che la usa abitualmente è maladattativa, perché la persona si comporta verso gli altri in modo imprevedibile e irrazionale. Questa modalità di comportarsi è una diretta conseguenza del modo in cui ha assimilato le relazioni oggettuali nella propria infanzia. In questo senso, il soggetto predilige le situazioni che può vivere come sicure (perché già note, esperite e “rodate”), rinunciando ai vantaggi che potrebbe ottenere se fosse più aperto e duttile nei confronti delle esperienze relazionali nuove: questa constatazione rappresenta una ulteriore conferma che, nell'ambito dello psichico, il *principio di sicurezza ha la priorità sul benessere e sul principio del piacere* nel mantenimento dell'equilibrio psichico e dell'omeostasi affettiva. Nella scissione, gli affetti ambivalenti (ovvero quelli presenti nella realtà di ogni rapporto umano) non possono essere sperimentati. La scissione del

Sé rappresenta quindi un processo primitivo (risalente quindi al periodo preverbale del bambino) dove si possono osservare un bisogno di organizzare le proprie esperienze assegnando valenze soltanto buone o soltanto cattive. Il bambino piccolo non ha ancora un apparato mentale (o meglio dei sistemi psicobiologici) che gli permettano di provare ambivalenza. L'ambivalenza implica sentimenti opposti verso un oggetto costante, e le strutture che garantiscono la costanza nel tempo e nello spazio di una stessa rappresentazione mentale (ad esempio, quella della madre), o quelle che permettono al bambino di richiamare dalla memoria la stessa rappresentazione, non sono completamente funzionanti fino al terzo anno di vita dopo la nascita.

La scissione, d'altra parte non rappresenta solo un'importante fenomenologia intrapsichica presente nelle fasi precoci di ogni individuo: a volte, in seguito a condizioni predisponenti, essa rappresenta anche un fenomeno collettivo. Basti pensare alle evidenti "follie collettive" che periodicamente in determinati momenti storici portano a fenomeni di discriminazione e stigmatizzazione di intere parti di popolazione. Ne è un esempio estremo la stigmatizzazione degli ebrei da parte dei nazisti che ha portato all'Olocausto; senza ricorrere a banali quanto ingiustificati revisionismi, ma con l'intento di cercare un senso anche nell'insensatezza, come è proprio della disciplina psicoanalitica, un certo ruolo possono averlo avuto le umiliazioni e la povertà patita dal popolo tedesco in seguito al trattato di Versailles, su cui ha fatto più facilmente presa un'ideologia fanatica totalitaristica: il dolore agisce quindi anche a livello collettivo nel selezionare in situazioni particolarmente infauste le difese più primitive dei popoli. Purtroppo nella storia gli esempi di questo tipo non si contano in ogni civiltà, da quelle più primitive a quelle culturalmente più sviluppate. Quello che comunemente accade a ogni individuo, se esposto a situazioni di grave disagio, e di potenziale minaccia, è di tendere a regredire a soluzioni relazionali molto disadattive come la scissione; allo stesso modo, vediamo che questa tendenza alla regressione si può presentare anche nella collettività quando vi siano le condizioni di indigenza materiale, di clima persecutorio, di ignoranza, e carenza di risorse affettive primarie.

IV – LE DIFESE PIÙ MATURE

Abbiamo visto che il tipo di difesa prevalentemente usato non necessariamente definisce lo stato di maturità di una persona. La suddivisione in difese primitive e indifese mature è una suddivisione del tutto convenzionale. Infatti le difese cosiddette mature possono venir utilizzate in modo troppo rigido, o la persona può non aver sviluppato le capacità di variare da una difesa all'altra in modo sufficientemente elastico, in questi casi le difese cosiddette "mature" possono

dare adito a strutture di personalità altamente immature, o almeno prone alla sofferenza o al disadattamento (come accade ad esempio nelle persone affette da disturbi ossessivo-compulsivi). Quello che caratterizza quindi le difese mature in senso convenzionale è la presenza, in chi le usa, dal raggiungimento della costanza d'oggetto e da un sufficiente senso di separatezza e di individuazione; secondariamente esse sono caratterizzate dall'essere usate all'interno di una considerazione più stabile del principio di realtà. Le principali difese cosiddette "mature" quindi sono variamente suddivise nella letteratura psicoanalitica. Quello che accomuna queste difese non è quindi il manifestarsi in "persone mature", quanto il fatto che il loro uso denota l'utilizzo di alcune funzioni dell'Io più sviluppate e aderenti all'esame di realtà. Sono difese che, anche se attivate secondo modalità di funzionamento molto primitive, tendono a "mascherare" tale loro origine infantile, conferendo al comportamento un aspetto socialmente più accettabile. Qui sono raggruppate in (1) difese ossessive; (2) difese agenti prevalentemente sul Sé, e (3) difese agenti prevalentemente sull'Oggetto, e nelle cosiddette (4) difese minori (più vicine a essere viste come risorse psichiche adattative che a meccanismi difensivi patologici).

1. *Le difese ossessive*

Uno dei motivi per cui si è detto che le difese cosiddette mature possono costituire di fatto anche un problema (cioè essere disadattative), ci viene dalla considerazione che nella società in cui viviamo, almeno in quella occidentale, lo stile di vita comporta l'utilizzo sempre più inflazionato delle difese che esaltano gli aspetti della realtà relativi alla comprensione razionale a scapito della comprensione emotiva. Le difese che esasperano il ricorso a questa soluzione rientrano nel novero delle difese di tipo ossessivo. Le difese di tipo razionalizzante ed ossessivo sono delle difese, in quanto modi di proteggere la coscienza, ma sono anche utili operazioni mentali per cercare di dare un senso al mondo che ci circonda e alla nostra vita. Tuttavia, queste difese diventano disadattative quando allontanano la persona dal mondo dei suoi sentimenti, cioè dalla comprensione del valore delle emozioni, quali principali vettori di comprensione della vita di relazione tra gli individui. Quando questo accade, divenendo per di più una tendenza stabile, la persona sviluppa un *carattere ossessivo*. La persona tende stabilmente a reagire alle situazioni difficili e ad affrontare i problemi della sua vita con una modalità difensiva che, solo all'apparenza si presenta come "intelligente": è un'intelligenza nata dalla paura, che munendo la persona di una rigida corazza difensiva, la distanzia dalla comprensione della propria realtà psichica. La compresenza nel disturbo di personalità di tipo ossessivo accompagnato da difese caratterizzate da un distacco dagli affetti (come l'isolamento degli affetti e l'annullamento retroattivo) e da difese che sovrainvestono le componenti razionali di una relazione (come la razionalizzazione,

l'intellettualizzazione, la generalizzazione e la compartimentalizzazione), ci permette di concludere che il processo di inaridimento della comprensione emotiva è complementare e inversamente proporzionale all'ipertrofia della componente razionalizzante e all'emergere delle idee ossessive. Possiamo ipotizzare quindi che molte espressioni "apparentemente intelligenti" di cui vediamo ampia diffusione nei mezzi di comunicazione, nel mondo politico, scientifico, e giudiziario, nei singoli o, in genere, nella collettività, se avulse dalla comprensione dell'emotività e della vita di relazione presente in ogni soggetto, sono molto più vicine alla patologia ossessiva che alla libertà di idee. Queste manifestazioni riflettono in una qualche misura la loro origine comune dalle componenti infantili più precoci e in particolare dalla difesa primaria del controllo onnipotente.

Le difese secondarie come l'isolamento degli affetti o l'annullamento retroattivo si presentano come tentativi di contenere ed eliminare "magicamente" la componente irrazionale ed emotiva nell'individuo, mentre le altre (la razionalizzazione, l'intellettualizzazione, la moralizzazione, la generalizzazione e la compartimentalizzazione) rappresentano la modalità in cui si è particolarmente specializzato l'animale della specie *Homo Sapiens* per far fronte alle imprevedibilità dell'ambiente, quando si priva delle informazioni che giungono dalla comprensione emotiva per controllare il mondo e sembrare ragionevole.

1.1. *L'isolamento*

L'isolamento è il modo in cui le persone possono gestire l'angoscia e altri stati mentali dolorosi isolando il sentimento dalla conoscenza: più tecnicamente, l'aspetto affettivo di un'esperienza o di un'idea viene separato dalla sua dimensione cognitiva. Il soggetto perde il contatto dal sentimento associato con una certa idea (per es., un evento traumatico), mentre rimane consapevole degli elementi cognitivi (per es., i dettagli descrittivi). L'isolamento degli affetti ci permette quindi di sopportare delle situazioni dolorose, o potenzialmente dolorose, continuando a funzionare in un ambiente che continua a richiedere le nostre prestazioni. Tutte le difese si prestano a spiegare delle situazioni relazionali anche molto anomale, tuttavia le difese cosiddette mature e in particolare quelle ossessive, sono di uso quotidiano in ognuno di noi, e suppliscono alla necessità costante di mantenere il nostro equilibrio omeostatico interno, tenendo una certa distanza di sicurezza dal dolore psichico e dalla potenziale sofferenza causata dai sentimenti. L'isolamento degli affetti, quale difesa, si presenta in modo adattativo, ad esempio, nel chirurgo che per continuare a svolgere il suo lavoro con competenza e affidabilità, deve prendere il necessario distacco dal sentimento di disagio, di repulsione, dai desideri istintuali di aggressività e sadismo (che sono naturalmente

presenti in ognuno di noi). Un esempio estremo di uso patologico dell'isolamento degli affetti può essere, nello stesso campo della medicina, quello dei medici che avevano prestato il loro servizio nei campi di concentramento, usando questo processo di distacco dei sentimenti (infarcito di razionalizzazioni fanatiche) per eseguire le selezioni dei prigionieri che dovevano finire nelle camere a gas, oppure per effettuare esperimenti "scientifici" sugli internati: a estremistica, ma ben documentata, dimostrazione del fatto che dietro la parola "scienza" possano a volte celarsi la follia del singolo o delle masse^{298, 299}.

1.2. L'annullamento retroattivo

L'annullamento retroattivo potrebbe essere definito come una difesa che mira a un controllo magico di eventi potenzialmente dolorosi e dei sentimenti a questi connessi. Esso rappresenta la base dinamica per spiegare i complessi rituali che compiono i pazienti affetti da disturbi ossessivi, dove il contare, il lavarsi le mani, e altri riti compulsivi consimili sono tutti degli atti compiuti per scongiurare un evento di cui si paventano le conseguenze. Secondo il DSM IV, è presente "quando il soggetto affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni tramite parole o comportamenti che hanno lo scopo di rendere non esistenti pensieri, sentimenti, o azioni inaccettabili, o di fare per essi simbolica ammenda". Secondo una modalità di pensiero magico infatti, se vi è un sentimento, ad esempio, aggressivo, che viene percepito come temuto, esso viene elaborato secondo le modalità del *pensiero primario*: solo il pensarlo, lo rende concreto anche nella realtà³⁰⁰. Secondo questo principio, allora i propri sentimenti ostili sono sempre pericolosi, e secondo le stesse modalità onnipotenti, è possibile scongiurare le conseguenze di questi atti pensati (che magicamente diventano realtà) solo mediante delle *contro-azioni* che, in modo altrettanto magico, annullino l'atto ostile. Questo fenomeno ci dimostra una volta di più che, per il paziente affetto da disturbi di carattere ossessivo, il *pensiero concretamente equivale all'azione*. La principale espressione sintomatologica dell'annullamento retroattivo sono quindi le *compulsioni*, cioè tutti quegli atti ritualistici, che hanno lo scopo di assicurare il soggetto, esattamente come quelli utilizzati dall'uomo primitivo che si ingraziava la benevolenza della divinità o della natura.

²⁹⁸ Freud, S. (1921). Psicologia delle masse e analisi dell'Io. Sigmund Freud Opere (OSF) vol. 9 (pp. 257-330). Bollati Boringhieri, Torino.

²⁹⁹ Freud, S. (1929) Il disagio della civiltà. OSF, vol 10.

³⁰⁰ Questo fenomeno si riferisce a una delle caratteristiche descritte da Freud quando delinea le caratteristiche speciali dell'Inconscio, cioè la *sostituzione della realtà esterna con quella interna*.

1.3. La razionalizzazione

Anne Marie Sandler ha detto che “l'uomo è un animale sociale fondamentalmente irragionevole, costantemente impegnato nello sforzo di apparire razionale, per celare a se stesso e agli altri gli effetti o le conseguenze dei suoi desideri più inaccettabili”. La razionalizzazione quindi fa parte della vita di ogni individuo, quasi in ogni attimo. Pur essendo, quindi, un meccanismo estremamente adattativo, esso nasconde tuttavia uno svantaggio: visto che ogni cosa può essere in sostanza razionalizzata (cioè è possibile trovare una spiegazione plausibile praticamente per ogni atto, anche quello più irrazionale), può perciò accadere che la persona finisca per raccontare bugie a se stessa, al fine di evitare esperienze emotive dolorose, confondendo la realtà soggettivamente concepita (quella che racconta a se stesso) con la realtà oggettivamente percepita³⁰¹. “Quanto più una persona è intelligente e creativa, tanto più è probabile che sia abile nella razionalizzazione. Tale difesa agisce in modo benigno quando consente di svolgere al meglio una situazione difficile con il minimo danno, ma il suo inconveniente come strategia difensiva è che praticamente ogni cosa può essere razionalizzata”³⁰², e se utilizzata come strategia esclusiva non permette la comprensione di sé, ovvero l'introspezione, visto che la vita umana e il suo sviluppo affettivo, non sono certo regolati solo dalla comprensione delle componenti cognitive.

1.4. L'intellettualizzazione

Spesso noi ci raffiguriamo l'intellettuale come una persona altamente acculturata, una personalità sofisticata, che possiede una conoscenza superiore alla media e quindi una figura da ammirare. Anche nel caso dell'intellettualizzazione, tuttavia il suo utilizzo eccessivo comporta che la persona che usa questo meccanismo risulti poco genuina, e che si avvicini descrittivamente a quello che Winnicott ha chiamato *Falso sé*. A differenza da chi utilizza l'isolamento affettivo perchè non riesce a provare alcuni sentimenti, la persona che utilizza eccessivamente l'intellettualizzazione parla di sentimenti “come se” li conoscesse o li vivesse, ma di fatto li tratta come se fossero un'interessante fenomeno della natura con cui egli non ha niente a che fare. “Grandi ambiti della vita dell'individuo quali la sessualità, l'umorismo, l'espressione artistica e altre forme adulte di

³⁰¹ Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34: 89-98.

³⁰² McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.

gioco gratificante rischiano di essere indebitamente eliminate nella persona che ha imparato a dipendere dall'intellettualizzazione per affrontare la vita"³⁰³.

1.5. La generalizzazione

La generalizzazione è, in fondo, una particolare forma di intellettualizzazione dove, in via pregiudizievole, la persona tende a categorizzare e ad attribuire secondo una modalità preconfezionata delle qualità ai fenomeni, alle persone e alle situazioni relazionali. La generalizzazione è un dinamismo mentale che prevede una *diffusione emotiva* di un particolare sentimento aggressivo o libidico, che se fosse diretto verso un particolare oggetto, o verso una particolare situazione relazionale, potrebbe provocare dei sentimenti dolorosi, di imbarazzo o di vergogna. Pertanto vengono in via preventiva utilizzate delle idee preconcepite o dei pregiudizi per deviare e diffondere i propri sentimenti (cioè estendendo i sentimenti in questione a una moltitudine di oggetti, per il timore di quello che potrebbe accadere se fossero indirizzati al diretto interlocutore).

1.6. La moralizzazione

La moralizzazione è una difesa che si situa evolutivamente a metà strada tra la difesa più evoluta della *razionalizzazione* (una difesa matura) e quella della *scissione* (una difesa primitiva). Anche la moralizzazione è una difesa estremamente comune che fa capo, da un punto di vista dinamico, alla nostra coscienza morale: in altre parole, è un processo difensivo che si attiva allorché, in un conflitto, il Super-io (l'istanza psichica che ci impartisce, a volte benevolmente, altre rigidamente, le regole di vita) svolge un ruolo centrale. Mentre la persona che razionalizza cerca di darsi delle spiegazioni per il suo comportamento, la persona che moralizza trova delle regole etiche per giustificare le proprie azioni. Come è stato enfatizzato dalla psicoanalisi, le regole morali (come ogni emanazione del Super-io) sono necessarie a un adattamento dell'individuo all'interno della società. L'origine del Super-io è direttamente connessa con l'Es, e con le vicissitudini degli istinti: è per questo che la moralizzazione costituisce una soluzione di compromesso tra le esigenze di controllo sugli affetti, provenienti dal Super-io, e allo stesso tempo, una forma di evoluzione di una delle difese più utilizzate dal bambino piccolo, quando questi è maggiormente dominato dall'Es, ovvero la scissione. Pertanto la tendenza presente nei "moralizzatori" a stigmatizzare situa-

³⁰³ McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.

zioni relazionali spontanee, o a fare grossolane distinzioni fra bene e male, rappresenta in realtà un'espressione di un lato primitivo della personalità, ora diventato rigida espressione dalla coscienza morale (del Super-io).

1.7. La compartimentalizzazione

La compartimentalizzazione invece rappresenta una difesa che agisce una spaccatura tra diverse dimensioni cognitive tra loro incompatibili. Mentre la persona che utilizza prevalentemente l'isolamento affettivo applica una spaccatura tra il livello cognitivo e quello emotivo, la persona che compartimentalizza abbraccerà due o più idee, atteggiamenti o comportamenti che sono in conflitto tra loro, ma (e questo contraddistingue questa difesa) senza coglierne le incoerenze. Nel linguaggio comune, la compartimentalizzazione si chiama *ipocrisia*: colui che predica bene e razzola male è la persona che compartimentalizza la propria vita. Ad esempio, chi predica la non violenza e poi si trova, a casa propria a picchiare i figli e così via.

2. LE DIFESE DI CONTROLLO NARCISISTICO (AGENTI PREVALENTEMENTE SUL SÉ)

Esistono poi una categoria di difese che esprimono la tendenza dell'individuo a essere completamente impotente e vulnerabile agli eventi esterni (un timore presente e sempre in agguato, fin nel bambino molto piccolo). In un certo senso, tutte le difese implicano un certo grado di controllo, e pertanto derivano in una qualche misura dalla più primitiva difesa del controllo onnipotente, presente nella primissima infanzia. In particolare nel bambino più grande, la paura di essere totalmente in balia degli eventi si esprime con la *paura dell'abbandono*. Uno dei motivi dello sviluppo di questi sentimenti può derivare dalla percezione inconscia di aver perso l'amore da parte dei nostri genitori (e quindi di aver meritato l'abbandono) a causa dei nostri istinti ostili. Un'evoluzione di questo pensiero interviene successivamente nella fase edipica: il bambino teme di meritare l'abbandono, o di aver perso l'amore dei genitori per il fatto di aver suscitato la gelosia e l'ostilità di uno dei genitori, a causa dei suoi sentimenti o istinti di amore e di desiderio verso l'altro genitore. Queste e molte altre motivazioni portano l'individuo a sviluppare dei meccanismi di difesa che capovolgono, distorcono, annullano questi sentimenti, spesso portando a una soluzione adattiva che va a detrimento del sé. Tra queste difese noi comprendiamo qui il *rivolgimento contro il sé*, la *formazione reattiva*, il *capovolgimento da passivo in attivo*, la *resa altruistica* e l'*ascetismo adolescenziale*.

2.1. Il rivolgimento contro il sé

Il rivolgimento contro il sé consiste nello spostare un affetto ostile, o comunque un sentimento negativo, diretto verso un oggetto esterno diri-

gendolo verso il Sé. In fondo si tratta di una modalità difensiva in cui per il soggetto è preferibile attribuire la colpa a sé, piuttosto che a un'altra persona importante e significativa per lui, perché fare altrimenti lo esporrebbe a una drastica perdita dell'amore e della sicurezza. Questa modalità difensiva si instaura nell'infanzia quando il bambino ha vicino a sé (o immagina di avere vicino a sé) una figura genitoriale intollerante verso i suoi sentimenti, in particolar modo quelli negativi, al punto che ogni critica, ogni moto di rabbia provata dal bambino verso l'oggetto rischia di diventare una perdita sostanziale di sicurezza, che nel caso in cui sia molto piccolo equivale in sostanza a una minaccia per la propria sopravvivenza. Quando l'uso di questa difesa rientra massiccio, automatico e compulsivo parliamo di *personalità depressiva*. Questa difesa è anche tipicamente presente nel *masochismo*.

2.2. La formazione reattiva

La formazione reattiva consiste nella conversione di un affetto negativo in uno positivo o viceversa, tipicamente dell'odio in amore. A prima vista, la formazione reattiva è un tipo di difesa che fa sembrare a un osservatore esterno la persona che la usa falsa e ipocrita. Mi è capitato di recente di incontrare, per caso, un vecchio amico, che non vedevo da molto tempo, cui avevo all'epoca maldestramente danneggiato un oggetto che gli era caro: avevo sempre avuto la sensazione che, nonostante i miei tentativi di riparazione, l'evento non fosse mai stato digerito completamente. Infatti, rivedendomi, si paralizzò, con evidente imbarazzo e con un sorriso forzato, mi disse, senza sapere che altro dire: "*Quanto mi fa piacere vederti!*"; per ben due volte di seguito. Questo esempio illustra come è possibile che, grazie all'imperitura persistenza degli affetti nell'inconscio, l'amico abbia effettivamente risperimentato un subitaneo, quanto impercettibile, moto di rabbia nei miei confronti alla rievocazione del fatto doloroso da me provocatogli, ma anche che, dal punto di vista conscio, la persona possa avere percepito che gli faceva *anche* piacere rincontrarmi. La formazione reattiva consiste quindi nella trasformazione nel contrario di un sentimento, ma dove il suo scopo adattivo è quello di elidere un problema presente in tutte le relazioni significative, ossia l'*ambivalenza*. Nell'esempio dato, è ipotizzabile quindi che quello che l'incontro con me ha suscitato in questa persona, fosse la sua difficoltà a gestire i sentimenti di ambivalenza (di amicizia e di odio). Il conflitto di ambivalenza rappresenta infatti una delle tappe importanti da raggiungere e da superare per ogni bambino nei confronti dei propri genitori.

2.3. *Il capovolgimento dal passivo in attivo*

Il capovolgimento dal passivo in attivo è un meccanismo di difesa legato alla *passivizzazione*, al subire l'azione da parte di un'altra persona. In questo senso, è un meccanismo di difesa che tipicamente entra in gioco quando ci si mette in relazione con un'autorità, quando vi sia un rapporto di dipendenza e/o di potere. Ferenczi³⁰⁴ ne parla nell'articolo già citato, "*La confusione delle lingue agli adulti e bambini*" dove descrive la situazione e i vissuti del bambino che subisce un abuso sessuale. In questa situazione, il bambino, vittima di un abuso, magari da parte di una persona nella quale aveva riposto fiducia, adotta una fantasia dove egli diventa, non più la vittima passiva della realtà esterna, quanto il conduttore attivo degli accadimenti. In questo senso nella fantasia del bambino, il capovolgimento dal passivo in attivo, l'omeostasi affettiva viene ripristinata anche a fronte delle condizioni più minacciose e disagiati. Il precludersi di ogni situazione di passività impedisce poi al bambino anche di vivere relazioni, come nei rapporti di attaccamento, dove la passività diventa condizione necessaria nello scambio di attenzioni e di amore con un'altra persona.

2.4. *La rinuncia altruistica*

Tutti i meccanismi di difesa potrebbero ricondursi a dei processi mentali elementari come, ad esempio, l'identificazione, lo spostamento o la proiezione. Una particolare forma di proiezione, peraltro molto diffusa, insita nella stessa natura umana e di appartenenti al *philum* dei mammiferi, riguarda le proiezioni di tipo altruistico. Genitori e figli sviluppano reciprocamente proiezioni di tipo altruistico, dove è difficile nella relazione distinguere tra desideri narcisistici e altruistici. Vedremo poco sotto, che l'altruismo fa parte delle difese minori, in quanto sostanzialmente, anche se può avere una valenza difensiva, ha una funzione estremamente adattativa ed esserci di aiuto per stabilire dei legami positivi e validi, consolidando così il nostro adattamento sociale. Vi è tuttavia, come spesso accade per tutti i meccanismi difensivi, una forma di altruismo che si avvale della proiezione in maniera più massiccia e inconscia, e questo accade nella *rinuncia altruistica*³⁰⁵. Anna Freud nel suo libro *I meccanismi di difesa* ne ha parlato diffusamente e lo definisce come "il trasferire i propri desideri su un'altra persona, preoccupandosi poi della loro

³⁰⁴ Ferenczi, S. (1932) *La confusione delle lingue tra gli adulti e i bambini*. Opere, vol. IV, 1927-1933. Milano: Raffaello Cortina Editore (2002).

³⁰⁵ Anche definita *resa altruistica* (nel senso di arrendersi), rinunciando ai propri rifornimenti narcisistici diretti, privilegiando quelli per interposta persona o *per procura*.

realizzazione” dove la persona oggetto di questo trasferimento diviene poi indispensabile per la persona stessa. La rinuncia altruistica differisce dall’amore oggettuale, in quanto essa non si genera da sentimenti di amore ma molto spesso dalla trasformazione di propri sentimenti non accettabili. Anna Freud sostiene che questo processo difensivo ha diverse finalità: (1) innanzitutto “raggira” il Super io e le sue proibizioni in merito alla gratificazione di determinati istinti, siano essi amorevoli o aggressivi. Il soggetto infatti si preoccupa, apparentemente in modo disinteressato, della gratificazione in altre persone di quegli stessi bisogni che non tollera di avere. Questo meccanismo permette pertanto alle attività conflittuali e all’aggressività inibite di mantenersi vive e anche a liberarsi. Ne sono esempio quelle persone che non oserebbero mai chiedere nulla per sé, ma che diventano addirittura avventate, sfidando l’autorità a favore di altri, ad esempio, in ambiente lavorativo, per ottenere in soddisfacimento delle stesse richieste che desidererebbero fare per sé. In fondo nel concetto di rinuncia (o resa) altruistica vi è il ripristino e la salvaguardia di un sentimento di sicurezza che passa attraverso la gratificazione di un’altra persona, dove la percezione corrente di un Sé imperfetto, inadeguato, incapace o a rischio di svalutazione, si *sposta* sulle esigenze istintuali degli altri, motivando la persona a esprimersi comunque in loro difesa attraverso le rivendicazioni di cui si fa promotrice. Questa modalità difensiva ha inoltre (2) un secondo vantaggio, la deresponsabilizzazione, cioè il permettere al soggetto di vivere attraverso l’altro, proiettando i suoi desideri, ma allo stesso tempo, ogni mancata realizzazione degli stessi, non viene vissuta di fatto come una frustrazione o un fallimento proprio, ma dell’altro. In questo senso, la rinuncia altruistica non è di fatto un’espressione dell’amore oggettuale maturo, quanto di una necessità di rifornimento narcisistico “per procura”.

2.5. *L’ascetismo adolescenziale*

Anna Freud ha descritto un’altra modalità estremamente diffusa di controllo rispetto alle spinte libidiche e rispetto a ogni altra gratificazione sentita come pericolosa dal proprio Sé. A differenza da ogni altra forma di disturbo psicopatologico, dove avviene una qualche selettiva inibizione di alcune spinte istintuali (la fame, la libido, l’aggressività, etc.), la persona in questo caso reagisce con un disconoscimento (*disavowal*) degli istinti. Questa tendenza si esprime in ogni situazione in cui le urgenze istintuali diventano soverchianti e l’individuo teme di rimanerne annientato: questo è quanto comunemente avviene nell’adolescenza. La riduzione totale di ogni desiderio, in quanto difesa estrema contro la paura evocata dalle spinte istintuali è stata chiamata da Anna Freud appunto *ascetismo adolescenziale*. Anna Freud scrive che nell’adolescente

“ad ogni «io voglio» dell’istinto l’Io risponde con un «non devi», ad imitazione dei genitori severi che in tal modo vogliono impartire un’educazione ai bambini nella primissima infanzia. Questa sfiducia dell’adolescente nei confronti dell’istinto costituisce una tendenza pericolosa per il futuro; può partire dai desideri istintuali veri e propri ed estendersi poi ai bisogni fisici più comuni”. In questo senso Anna Freud allude al potenziale innescato su questa base di disturbi come l’anoressia mentale. Nell’anoressia, l’ascetismo adolescenziale può diventare una modalità per “mortificare la carne”; questo peraltro si raggiunge anche con l’esposizione a rischi inutili, alla privazione del piacere orale, riducendo al minimo l’alimentazione quotidiana, o riducendo il sonno, o in certi casi estremi riducendo persino i bisogni urinari e defecatori. Essendo l’ascetismo adolescenziale l’espressione di un conflitto tra urgenze istintuali e una tendenza regolatoria e inibitoria eccessivamente rigida, non ci deve sorprendere la ricorrenza di rapidi viraggi verso l’eccesso istintuale, come nel guidare ad alta velocità la macchina, nel bere o nell’uso di sostanze stupefacenti, o in altre attività quali l’intraprendere periodi di attività sessuale frenetica, il giocare d’azzardo, o con crisi bulimiche e quant’altro rappresenti delle forme di soluzione allo stesso conflitto, dove questa sfida (al Super-io eccessivamente rigido) viene risolta con una disinibizione altrettanto generalizzata.

3. LE DIFESE DI CONTROLLO OGGETTUALE (AGENTI PREVALENTEMENTE SULL’OGGETTO)
Come abbiamo poco sopra ricordato, la maggior parte delle difese, e delle operazioni mentali che esse comportano, sono delle varianti di esternalizzazioni o internalizzazioni di una relazione oggettuale conflittuale. Mentre le difese di controllo narcisistico sono in sostanza esempi di meccanismi di difesa che risolvono il conflitto mediante un’internalizzazione, i meccanismi di controllo oggettuale sono sostanzialmente dei tentativi di risolvere un conflitto interno spostandolo fuori di sé, inducendo una risposta da parte dell’oggetto, ossia attraverso un’esternalizzazione.

3.1. *L’acting out*

L’*acting out* (passaggio all’atto, o più semplicemente *agire*) è un’espressione, nata all’interno della psicoanalisi quando il paziente *agisce impulsivamente* in genere per evitare automaticamente di diventare consapevole di qualcosa che non tollererebbe. L’azione sostituisce quindi il pensiero perché temuto e ritenuto troppo doloroso. Si riferisce quindi a ogni comportamento (motorio o verbale) finalizzato a una meta apparente, dove l’obiettivo recondito è quello di evitare di percepire dei sentimenti che destabilizzerebbero la persona. Il fine dell’*agire* inoltre è quello di cercare di ripristinare una condizione più rassicurante, dove la reazione dell’oggetto (di un’altra persona) alla propria azione è funzionale a questo sco-

po. Il soggetto si trova a cogliere uno stimolo, spesso pretestuale, o riconducibile solo per associazione al sentimento conflittuale provato, che innesci una reazione atta a liberarsene mediante un'azione (un agito, che può essere aggressivo, oppure motivato dalla ricerca di amore). Tipicamente questa è una modalità difensiva presente nella personalità con uno scarso controllo degli impulsi. Fin dai tempi del suo scritto *"Psicopatologia della vita quotidiana"*, Freud ha dimostrato che dietro a quella che può essere vista come un'impulsività spontanea, un comportamento innocente, un tic insignificante, o un atto mancato, vi siano delle motivazioni inconscie e complesse: esse non sono il frutto del caso³⁰⁶. *Agire* quindi aiuta a ripristinare uno stato di benessere e sicurezza, allontanando i sentimenti ritenuti minacciosi per la propria integrità personale, ma non aiuta a pensare. *"Ciò comporta l'espressione di impulsi piuttosto primitivi di tipo aggressivo, sessuale, di attaccamento e altro genere, senza tener conto delle conseguenze. Dopo l'agito il soggetto può riacquisire la capacità di riflettere, si sente di solito colpevole o si aspetta delle punizioni, a meno che non entri in gioco un'ulteriore difesa come la negazione o la razionalizzazione: "Ero così in collera che ho dovuto farlo, è colpa sua se ho perso la testa". L'acting out è un comportamento non adattativo perché non mitiga gli effetti del conflitto interno e spesso procura al soggetto gravi conseguenze negative esterne."*³⁰⁷. In ambito psichiatrico forense, l'*acting* corrisponde a quello che nel secolo scorso veniva definito come *raptus*, un termine per designare quello che succedeva nella mente di persone che, perdendo il controllo degli impulsi, avevano compiuto un fatto criminoso come, ad esempio, un omicidio. Ma l'*acting out* non risolve solo un conflitto inerente a sentimenti aggressivi, più spesso sono i conflitti inerenti a delle relazioni di amore, intimità e vicinanza a evocare degli agiti, magari risolti con degli atteggiamenti sessualizzati, di ricerca di un'attività sessuale promiscua o compulsiva. Spesso, il conflitto evoca un'attivazione senza che sia necessario arrivare ad un'azione vera e propria: ad esempio, molte *insonnie* si generano da un'incessante attività di rimuginazione, dove la persona così *attivata* (tesa all'agito, che però rimane inespresso) si trova a pensare a miriadi di problemi concreti della sua vita, o della giornata, con lo scopo di deviare l'attenzione della persona insonne dai sentimenti o dall'evento emotivo che ha causato lo squilibrio affettivo attuale.

³⁰⁶ Freud, S. (1904) *Psicopatologia della vita quotidiana*, Opere vol. 4, Torino, Bollati Boringhieri.

³⁰⁷ Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Un esempio molto particolare di come un'azione apparentemente priva di significato possa celare un significato profondo per l'individuo viene narrato da un noto neurologo, Oliver Sacks, dove descrive a un suo rinomato collega, il neuropsicologo russo Alexander Luria, una sconcertante manifestazione di un suo paziente affetto da sindrome di Gilles de la Tourette. In genere, questi pazienti compiono delle azioni involontarie estremamente sgradevoli, perché incontrollate, come dei tic complessi, che coinvolgono sia il corpo, sia le emissioni vocali, emettendo delle vocalizzazioni gutturali. Essi devono quindi convivere con un grande senso di imbarazzo proprio perché spesso non riescono a controllare le loro emissioni vocali o i movimenti incontrollati, con il rischio di essere ridicolizzati. Nelle sue osservazioni di uno di questi pazienti, Oliver Sacks decise di registrare una di queste vocalizzazioni, incuriosito dal fatto che questo paziente ripeteva centinaia di volte nella stessa giornata lo stesso suono. Decise poi di elaborare la traccia sonora registrata della vocalizzazione del paziente, rallentandone la velocità di riproduzione. A velocità normale la vocalizzazione era assolutamente inintelligibile, assomigliando molto a un rumore intestinale. Tuttavia diminuendo la velocità di eloquio del paziente ne emerse chiaramente una parola intelligibile, inoltre collegata alla storia del paziente. Infatti la parola che emerse fu "verboten", che in tedesco vuol dire "proibito", per di più "pronunciata con una dura (e in effetti caricaturale) voce 'teutonica', che a momenti aveva un tono francamente auto-accusatorio". Il paziente infatti pur vivendo negli Stati Uniti, era originario di una famiglia con genitori tedeschi. Sacks continua: "Quest'espressione, come si rivelò più tardi, era stata effettivamente emessa dal padre di lingua tedesca del paziente ogni volta che il figlio mostrava dei tic o degli impulsi 'non permessi'" (verosimilmente che imbarazzavano il padre quanto il figlio). Luria commentando questo sintomo propose l'ipotesi che il sintomo si sia formato durante "la strutturazione del Super-io [del paziente]" e che il tic andasse inteso come "introiezione della voce del padre". È anche evidente che il paziente, per mantenere la propria omeostasi affettiva inconsciamente e oramai automaticamente, ricorresse a questa azione motoria (l'emissione vocale distorta) facendo in modo inconscio di questo significativo *acting out* un intercalare per inibire il conflitto evocato a ogni riemergere dalla propria vita istintuale. Spesso l'*acting out* (pur nascendo da un bisogno di evitare una sofferenza) si esprime attraverso il bisogno di manipolare gli altri, non curandosi del dolore provocato. Questo modo di difendersi, agendo, presenta ampi spazi di sovrapposizione con la difesa primitiva del *controllo onnipotente*, ed è caratteristica delle persone con personalità antisociale, dove la propria omeostasi affettiva viene mantenuta a spese di quella degli altri: per dimostrare a se stesse quanto possono tenere sotto controllo gli altri, que-

ste persone vivono generando insicurezza negli altri. La natura inconscia (ma motivazionale) di queste azioni che portano a ripercussioni estremamente negative per l'individuo stesso (e il suo prossimo) rappresenta un campo di studio poco trattato in ambito psicoanalitico perché spesso questi pazienti sono ritenuti "incurabili"³⁰⁸. Con i debiti accorgimenti e con un ridimensionamento degli obiettivi terapeutici tuttavia, anche queste persone possono beneficiare di un trattamento psicoanalitico. Purtroppo, a causa degli esiti a volte tragici degli agiti delle persone che utilizzano questo modo di difendersi dal dolore psichico, sono dei pazienti molto più noti in ambito criminale e forense³⁰⁹.

3.2. *L'aggressione passiva*

Questo meccanismo di difesa è presente in genere quando esistono dei sentimenti di rancore, di rabbia e di frustrazione nei confronti di una persona da cui si è dipendenti, e verso la quale si nutrono sentimenti di amore, di cui però non si riconosce la natura ambivalente. Nell'aggressione passiva deve quindi essere salvaguardata l'armonia con la persona per cui si è provato o si prova rabbia ed è quindi caratterizzata dal modo indiretto, velato e passivo, con il quale vengono espressi l'ostilità e i sentimenti di rancore nei confronti dell'altro. L'altro, dal canto suo, la persona che subisce l'attacco rancoroso camuffato, in genere percepisce un vago senso di disagio ma raramente si accorge immediatamente di aver subito un'aggressione emotiva. Questa è una di quelle difese che, forse più di altre, proprio per la sua natura interpersonale ci richiama al concetto di *induzione di ruolo* introdotto e spiegato dai Sandler: cioè anche la persona che è bersaglio dei sentimenti di rabbia passiva e che quindi è coinvolta nella relazione, detiene una certa comprensione inconscia di cosa sta veramente accadendo nella relazione, ma per motivi, spesso di cui non è consapevole, li accetta³¹⁰.

La persona che invece fa uso dell'aggressione passiva ha imparato (o da sempre ha covato l'aspettativa immaginaria) che a ogni sua dimostrazione spontanea di rabbia segue una punizione, una frustrazione o, quanto di più temuto, un definitivo allontanamento della persona amata, ma anche che questa perdita si realizza solo se esprime i suoi bisogni o sentimenti *direttamente* a qualcuno che ha potere o autorità su di lui. Il sog-

³⁰⁸ Perelberg R. (Ed.) (1999) *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. London: Routledge (New Library of Psychoanalysis).

³⁰⁹ Frati, F. e Pellegrino, V. (2006) *Il problema dell'imputabilità nei soggetti con disturbi di personalità alla luce dei più recenti orientamenti giuridici e clinici*. Psicoterapia e scienze umane. Vol. 2.

³¹⁰ Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness., *Int. Rev. Psychoanal.*, 3:43-48.

getto si sente impotente e pieno di risentimento, ma tale rancore viene espresso attraverso un atteggiamento passivo. Quindi il comportamento della persona che usa l'aggressività passiva causa disagio negli altri: è un meccanismo che, ad esempio, si presenta come estremamente frequente nelle tensioni coniugali, nei conflitti di separazione tra coppie. Tipicamente l'espressione più utilizzata, per convogliare questo tipo di sentimento (cioè di aggressività passiva) e quando all'emergere di un conflitto o di un bisogno di rinnovamento della relazione in uno dei coniugi, l'altro risponde immediatamente con un: «Come vuoi tu...», passivamente senza entrare nella disamina delle questioni sollevate dal conflitto coniugale. Inoltre l'aggressività passiva permette di demandare la responsabilità ad altri, a fronte di cambiamenti, e di dover quindi affrontare dei momenti dolorosi di cambiamento. Inoltre quale vantaggio secondario vi è questa dissimulata resistenza dove l'insoddisfazione, l'irritazione, e la rabbia viene tutta attribuita all'altro. Il vantaggio primario dell'aggressività passiva è ovviamente dato dall'evitamento della temuta ritorsione rispetto al proprio spontaneo sentimento di rabbia.

3.3. *Ipocondriasi (lamentarsi ma rifiutare l'aiuto offerto)*

Chi non ha mai temuto di essere gravemente malato, o affetto da una malattia incurabile alle prime avvisaglie di un banale malessere? I motivi di questa affannosa condizione momentanea possono essere i più vari ed estremamente personali. Tra i più noti vi sono quello dello spostamento di un'ansia che nasce da un conflitto interno che viene trasferito sul corpo. L'ipocondriasi diventa disadattiva quando agisce in modo pervasivo e non consiste solo nel lamentarsi, quanto nel rigettare sistematicamente l'aiuto offerto. Questa difesa quindi rappresenta nella maggior parte dei casi un tentativo di manipolazione dell'oggetto, e tende a mantenere sempre vicina la persona per cui si nutrono dei sentimenti ambivalenti, ma punendola, facendola sentire incapace di ottemperare ai bisogni del soggetto.

3.4. *La sessualizzazione (istintualizzazione)*

Originariamente, agli albori della psicoanalisi, Freud scoprì questa modalità difensiva nelle sue pazienti isteriche e ipotizzò che la risoluzione di un disturbo o di un sintomo psicopatologico isterico dipendesse dalla liberazione dell'energia libidica. La libido nell'isteria, secondo Freud, non essendo convogliata verso la sua meta, rimaneva, per così dire, "congelata" nel sintomo. Nei primi trattamenti analitici, il terapeuta mirava a ottenere per il paziente una liberazione dall'inibizione della rimozione. La persona veniva quindi aiutata a prendere coscienza del problema alla base del conflitto, e attraverso la *catarsi*, aiutata a scorgere la vera causa

del sintomo. In tal modo, tale consapevolezza rendeva il sintomo non più indispensabile al soggetto isterica. Freud stesso tuttavia comprese presto che questi momenti liberatori andavano bene distinti dall'attività *seduttiva*, dalla *sessualizzazione* e dall'*erotizzazione*. La *seduttività* infatti implica che la persona che seduce (atto che, come etimologicamente dice il termine (sé-ducere), mira a condurre l'altro a sé (dove la persona seduttiva, aggiungeremmo, non curante di sé, lo fa a ogni costo). Essa si basa sull'intima convinzione di doversi totalmente adeguare alle aspettative dell'altro, rinunciando ad ogni realizzazione personale, ad ogni atteggiamento spontaneo e personale: in questo senso, la seduttività esasperata implica un annullamento del Sé. La *sessualizzazione*, ovvero il cercare di *conquistare* gli altri con atteggiamenti francamente sessualizzati (invece di basare i propri rapporti sull'intimità, o sulla fiducia nel poter ricevere genuine attenzioni da parte degli altri) ha il suo scopo nel controllo dell'altro e, attraverso questo, il controllo delle proprie paure di abbandono o di perdita della propria sicurezza³¹¹. In realtà la sessualizzazione di questo tipo, quelle che alcuni chiamano la *sindrome di Don Giovanni* nell'uomo, o la *ninfomania* nella donna, nascondono spesso un profondo senso di inadeguatezza, una scarsa autostima e quindi il timore che se una persona "è come è" non verrà più amata, non riceverà più alcuna attenzione, non esisterà più. In questo senso, i cosiddetti "don Giovanni" e le cosiddette "ninfomani" sono terrorizzati dall'intimità, dal contatto personale autentico e dall'amore, e risolvono il loro conflitto mediante una soluzione di compromesso, dove l'adeguamento alle aspettative altrui, e l'utilizzo del proprio corpo, rappresentano un "qualcosa" che è sempre meglio del "nulla" dell'abbandono. Allo stesso modo, nell'*erotizzazione*, le fantasie eccitanti sostituiscono l'attività sessuale vera e propria ma servono a distogliere l'individuo dalla percezione cosciente di situazioni dolorose di dipendenza e passività dove prevale il timore di perdere l'amore della persona amata (in sostanza di vedere ridotto l'investimento oggettuale), ciò comporta il sacrificio delle proprie esigenze più intime (ovvero, quelle relative degli investimenti narcisistici).

³¹¹ Visto che la sessualizzazione si manifesta come un agito, questo tipo di difesa può anche essere ritenuta come una variante dell'*acting out*.

Nella maggior parte dei testi di psicoanalisi i processi mentali descritti in questa sezione vengono denominate difese minori, probabilmente perché si considerano le difese come fenomeni onnipresenti nello psichismo e nel comportamento umano. Tuttavia, se da una parte ogni difesa contiene dei meccanismi specifici che possono portare a tratti di carattere inconfondibilmente patologici o disadattativi, in realtà le difese minori vanno considerate più come doti, o risorse mentali, di un individuo. La presenza di queste difese in un individuo indica l'esistenza di competenze particolarmente sviluppate e un grado piuttosto elevato di maturità. Quindi l'uso variegato e flessibile delle difese minori rappresenta una di quelle caratteristiche che conferiscono alla persona la proprietà di essere un adulto consapevole, anche se sporadiche utilizzazioni regressive delle difese più arcaiche non escludono questa maturità.

1. L'ALTRUISMO

L'altruismo va inteso come una autentica e spontanea spinta dell'individuo a gratificare se stessi attraverso una parziale gratificazione degli altri. Che cosa differenzia la difesa della *rinuncia altruistica* dall'altruismo più genuino? Le linee di demarcazione tra questo genere di difese sono spesso difficilmente rilevabili e il fattore discriminante cui dobbiamo ricorrere per riuscire a distinguere queste due modalità difensive, ossia tra quella maggiormente controllante, e quella più matura, dipende non tanto dal comportamento, dai contenuti espressi cioè, quanto dallo sviluppo strutturale dell'identità della persona che mette in atto un tale processo difensivo. In questo senso, è possibile parlare di altruismo vero e proprio quando una persona, se parliamo nei termini di Sandler, esprime e ha raggiunto i propri ideali, dopo un faticoso e sofferto sufficiente processo di separazione e individuazione e che, grazie a questa maturazione, si esprima *anche* attraverso degli atti di generosità spontanea e genuina, di amore, di gratitudine e di riconoscimento dell'importanza che hanno le persone (gli oggetti) che lo hanno aiutato a crescere. In questo senso esistono quindi i cosiddetti "missionari" che svolgono le loro mansioni secondo una modalità autenticamente altruistica. Frequentemente tuttavia vi sono persone che esprimono dei *comportamenti altruistici*, a cui non sono sottese delle effettive e autentiche comprensioni della natura del proprio Sé attuale (e quindi neanche delle esigenze effettive dei bisogni altrui di cui si occupano). A questa accezione di altruismo appartiene l'ideale dello "pseudo-missionario", che rappresenta, in certi casi, un'aspirazione fittizia, un *falso Sé* difensivo, dove la difesa portante è appunto quella della *rinuncia altruistica*. Come è noto, questo tipo di difesa si presenta in persone che non hanno sufficientemente raggiunto un livello evolutivo sofisticato, né un sufficiente grado di individuazione e separazio-

ne, né sono riusciti a conciliare le più intime esigenze del proprio Sé attuale, ovvero i propri bisogni primari di dipendenza, adattandosi faticosamente per raggiungere degli ideali realistici. Nella mia esperienza ho potuto conoscere ad esempio dei medici che compivano delle azioni altruistiche dotati di un grande senso di maturità, una generosità che non inficiava l'effettiva gratificazione, ad esempio, all'interno della propria famiglia e delle esigenze personali. Ho potuto conoscere dei medici, di converso, che magari con apparente grande coraggio si recavano in situazioni estremamente disagiati e pericolose, anche in zone di guerra, assistendo persone in condizioni drammatiche, con il recondito scopo di ribadire narcisisticamente il valore di se stessi, un valore che spesso si basava su di un equilibrio in crisi rispetto a uno scarso contatto con le priorie esigenze di dipendenza. Per queste persone, in realtà, "fare il missionario" era il corrispettivo di una divisa da indossare e da esibire piuttosto che l'esprimere effettivamente sentimenti altruistici e l'essere rispettoso delle esigenze proprie e altrui.

2. LA NEGAZIONE

La negazione viene anche denominata negazione nevrotica, o minore, per distinguerla dalla *negazione maggiore*, o *psicotica*, del diniego. Essa è a tutti gli effetti una difesa; anche la negazione è assimilabile a un processo evolutivo e si evidenzia quando la persona semplicemente capovolge una situazione emotivo-relazionale antepoendo un "non" (o un "no") a quanto effettivamente egli sta percependo da un punto di vista affettivo. La negazione nevrotica ha ovviamente un valore protettivo quando assistiamo ad esempio a un evento affettivamente traumatico: la persona dice a se stessa semplicemente «Oh, no!» oppure: «Non è successo!». In genere si tratta di un processo mentale considerato tra quelli "benigni" per quanto concerne l'adattamento in quanto la persona si rifiuta sì coscientemente di riconoscere certi aspetti dolorosi della propria esperienza soggettiva, per evitare dei sentimenti di colpa, di vergogna o di umiliazione, ma a differenza dalla negazione psicotica del diniego, l'esame di realtà rimane preservato e i vissuti negati si limitano alla componente affettiva dell'esperienza. Nel diniego viene negata invece la percezione di tutta l'esperienza proveniente dalla realtà esterna, un fatto che pone la negazione psicotica alla base di disturbi molto più disadattivi, quali il delirio e le psicosi.

3. LA SUBLIMAZIONE

La sublimazione, al pari della catarsi, ai tempi delle prime teorizzazioni di Freud, era considerata un processo mentale cui ogni individuo dovesse tendere per raggiungere una piena maturità, e per considerarsi libero da condizionamenti mentali, o inibizioni, e in genere da psicopatologie. Si considerava maturo un individuo che aveva *sublimato* un istinto sessuale e/o si era

da esso liberato attraverso una catarsi risolutiva. Gli esempi più comunemente riportati dalla letteratura psicoanalitica sulla sublimazione sono ad esempio il suonare uno strumento musicale quale sostituto di un'intensa attività masturbatoria, oppure l'attività del chirurgo quale sostituto delle tendenze sadico-anali infantili. Oggi la sublimazione non viene più vista come il traguardo della terapia analitica; essa effettivamente può rappresentare anche, come tutti i processi qui illustrati, un processo maturativo, tuttavia non più un *sine qua non* nella via alla maturità. La terapia psicoanalitica come abbiamo detto altrove non tende a "ripulire" l'individuo dalle proprie "cose sporche" (dagli istinti, siano essi sessuali o aggressivi), purificandolo ed elevandolo grazie a sofisticate e complesse attività intellettuali, meglio accette socialmente. Al contrario, lo scopo della psicoanalisi, in quanto terapia vede "tra i suoi obiettivi la comprensione di tutti gli aspetti del Sé, anche il più primitivi e disturbanti, lo sviluppo della compassione per se stessi (e anche per gli altri, quando diminuisce il bisogno di proiettare e spostare aspetti precedentemente negati in se stessi) e l'espansione della propria libertà di risolvere vecchi conflitti in nuovi modi"³¹².

4. L'AFFILIAZIONE

Nella affiliazione, l'individuo, come recita il DSM IV, "affronta conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni, rivolgendosi agli altri per avere aiuto o supporto". Vediamo anche qui che questa difesa, in realtà, rappresenta una caratteristica adattiva, propria della nostra specie in quanto *animali sociali*, cioè la capacità di affidarsi, di avere fiducia, di scegliere le persone che possono sostituire i nostri oggetti primari di accudimento, i genitori, e di continuare a crescere anche dopo che è avvenuta la separazione da loro, trovando nuove fonti di nutrimento e di identificazione in persone che stimiamo. L'affiliazione quindi è quel processo mentale e ci permette di mantenerci vicini a sempre nuove fonti di rifornimenti narcisistici, di crescita personale, di sviluppo maturativo e di adattamento. L'affiliazione è un processo che si basa sullo sviluppo della relazione basata sulla *fiducia* e della capacità di *affidarsi* e si inserisce quindi nell'accettazione della propria dipendenza dagli oggetti e nello accrescimento della capacità di amare. Anche questa difesa per essere considerata effettivamente "minore" deve essere esprimersi all'interno di un intervallo sufficientemente flessibile: *fidarsi troppo poco* fa perdere le opportunità della vita di relazione; al contrario, *fidarsi troppo* comporta il rischio di costruire e intrattenersi in relazioni poco redditizie con persone che posso-

³¹² McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.

no approfittare della nostra ingenuità. In questo senso, l'affiliazione è da mettere in contrapposizione con la *fascinazione*, estremamente diffusa in ogni ambiente professionale (anche quello psicoterapico non vi è immune). La fascinazione consiste nell'utilizzo di tecniche persuasive o seduttive, che hanno la finalità evidente di accattivarsi l'altro, dicendo alla persona quello che vuole sentirsi dire. In terapia è facile che questo accada: basta gratificare i desideri di amore e di attenzione del paziente, illudendolo dell'esclusività e del privilegio che egli gode presso il terapeuta, con l'effetto di ottenere una *collusione* con un aspetto del conflitto del paziente che può portare al deterioramento del rapporto terapeutico. Ovviamente queste cosiddette "rotture del *setting*" si possono presentare anche in una terapia ben condotta, ma è importante che il terapeuta si accorga di quanto questo andamento e risponda aiutando il paziente a comprendere i bisogni infantili di dipendenza del paziente. Nell'ambito della psicoterapia, non è raro che il paziente desideri di assumere il ruolo di gratificare il proprio terapeuta. In questi momenti, il paziente preferisce pensare di essere quello che aiuta piuttosto che essere aiutato a sviluppare, a mantenere e a stabilizzare un processo di fiduciosa dipendenza, da una persona che effettivamente lo possa aiutare a crescere.

5. L'ANTICIPAZIONE

L'anticipazione rappresenta una attività mentale che mira alla risoluzione anticipata di un problema, prima che il problema si presenti effettivamente alla percezione del soggetto. In questo senso, l'anticipazione è un processo difensivo che comporta il ripristino di un equilibrio attraverso il proverbiale atto del "fasciarsi la testa prima di essersela rotta". Questo meccanismo difensivo riflette l'esistenza nell'apparato psichico del soggetto di competenze adattive di verifica, di sondaggio della situazione attuale, di esame di realtà, di valutazione realistica delle proprie risorse, di pianificazione dell'azione, e di altre risorse che permettano di agire o risolvere un problema personale in maniera differita. In questo senso, l'anticipazione si fonda su processi di pensiero sufficientemente sofisticati, propri del processo secondario. Freud, a tal proposito, diceva: «A trattenere, come ora era divenuto necessario, la scarica motoria (l'azione), provvide il processo di pensiero che si venne formando dall'attività rappresentativa. Il pensiero fu dotato di proprietà che resero possibile all'apparato psichico di sopportare l'aumentata tensione degli stimoli durante il differimento della scarica. Esso è essenzialmente una azione di prova, accompagnata da spostamenti di quantità piuttosto piccole di investimento energetico, con un dispendio minimo (scarica) di esse. Per ottenere ciò era necessario il trapasso da investimenti energetici liberamente spostabili a investimenti legati, e ciò fu reso possibile mediante un innalzamento di livello dell'intero processo di investimento. Il pensiero in origine era probabilmente inconscio, in quanto si elevava al di sopra della mera attività rappresentativa e si rivolgeva alle relazioni tra le impressioni provenienti

dagli oggetti, né acquistò ulteriori qualità, percettibili alla coscienza, finché non si collegò ai residui di rappresentazioni verbali.»³¹³ Il pensiero, quale processo interno di manipolazione delle immagini, e ancora di più dei simboli (verbali e non), è un processo molto più economico della scarica motoria afinalistica³¹⁴. Il pensiero di fatto rappresenta una sorta di allenamento, una prova interna e silenziosa, per la gran parte inconscia, che l'individuo inavvertitamente compie ripetute volte prima di esprimere ogni comportamento. Il vantaggio economico è enorme, la scarica è minima e il processo di pensiero permette di compiere molte "prove interne" prima di stabilire qual è la sequenza motoria migliore da rilasciare per raggiungere l'obiettivo. Il pensiero è una strutturazione progressiva di questo tipo di addestramento basato sull'esperienza che, via via, si sviluppa nel bambino e che sancisce il passaggio dal principio di piacere al principio di realtà. Senza questi "passi" non si acquisisce la capacità di pensare, lasciando lo spazio alla predisposizione a psicopatologie specifiche.

6. L'UMORISMO

L'umorismo è stato trattato da Freud in un saggio omonimo del 1927³¹⁵. In questo saggio Freud spiega la natura e la funzione dell'umorismo, da lui inteso non tanto come una difesa quanto una competenza acquisita dall'individuo maturo. L'umorismo infatti si basa su di un equilibrio quanto mai delicato tra quelle che sono le funzioni dell'Es e le funzioni censorie del Super-io. Freud dice che il processo umoristico per compiersi deve coinvolgere sia una componente della persona che dirige su se stessa l'autoironia e l'atteggiamento umoristico, sia una seconda parte di sé che riveste la parte dell'osservatore e che gode della battuta umoristica. Per esemplificare tale definizione di umorismo, Freud porta il seguente esempio: quello del delinquente che viene condotto alla forca di lunedì sbottando nell'osservazione: «Questa settimana comincia proprio bene!». Freud spiega che questa scena descrive in una battuta una sorta di "grandezza" del condannato che la proferisce in quanto l'osservazione è ovviamente vera, d'altra parte è terribilmente fuori posto visto che quella settimana non gli porterà altri accadimenti. Tuttavia, negando la differenza di questa particolare settimana dalle altre, mette in rilievo la capacità di tollerare quello che succede senza ansiosa

³¹³ Freud S. (1911) *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*, OSF vol. 6, pp. 453-460.

³¹⁴ Freud definiva così l'agire disordinato dell'uomo primitivo che, eliminava tutto quello che disturbava la sua costanza affettiva evacuandola con delle azioni distruttive, proprio come il primitivo agirebbe, uccidendo l'estraneo di cui non capisce le intenzioni. In questo senso, chiameremmo oggi questo comportamento come di *acting out*.

³¹⁵ Freud S. (1927) *L'umorismo*, OSF vol. 10, pp. 503-508.

drammatizzazione, esprimendo la capacità, appunto, di essere spettatore di se stesso senza essere sopraffatto dall'angoscia: e noi, ascoltando questo motto, per identificazione, ne rileviamo l'intrinseca componente umoristica. La maturità di chi si esprime con umorismo secondo Freud deriverebbe proprio dal fatto che questi assumerebbe dentro di sé una specie di "doppio ruolo", da una parte una sorta di ruolo paterno, di adulto che si rivolge a un'altra parte di sé, più piccola e suscettibile alla paura o ai turbamenti. L'umorismo secondo Freud rappresenta proprio il contributo alla comicità dovuto all'intervento del Super-io. Freud ha evidenziato solamente in questo scritto sull'umorismo, che il Super-io, questa componente psichica con funzione di "spettatore e controllore costante", può non essere intesa solamente come un'entità rigida, severa e punitiva. Il Super-io può essere una "guida" interna istruttiva e benevola. Questo giustifica il fatto che l'umorismo non dà mai adito alla risata sguaiata come nella comicità o in seguito al motto di spirito; esso, dice Freud, "*non dà mai luogo una risata generosa, nata dal cuore*", è pertanto non rappresenta un derivato delle spinte pulsionali dell'Es. Il Super-io nell'umorismo e nell'autoironia, risponde mitigando le sollecitazioni disturbanti, ridimensionando l'angoscia delle possibili minacce derivanti da urgenze sessuali e aggressive. Sempre citando Freud, il Super-io, con un atteggiamento da padre benevolo, funge da guida, come un padre che per consolare il figlio gli dice: «*Guarda, così è il mondo che sembra tanto pericoloso. Un giuoco infantile, buono per scherzarci su!*». Il Super-io, dice Freud, mira mediante l'umorismo a consolare l'Io e a difenderlo dalla sofferenza, e "*così facendo non contraddice affatto la sua provenienza dall'istanza parentale*".

L'umorismo va distinto da altri processi quali, ad esempio, il *sarcasmo*, dove il soggetto tratta con superiorità un'altra persona, che viene dileggiata e svilita; in questa espressione, vediamo all'opera il Super-io nella sua forma persecutoria più rigida e severa. Esso quindi rappresenta il modo con cui difensivamente trattiamo gli altri, ma in modo proiettivo, in un modo quindi soffuso da un costante rimprovero rivolto a una parte mal tollerata e disprezzata di sé.

7. L'AUTOAFFERMAZIONE

L'autoaffermazione è un altro di quei processi che dobbiamo citare più tra i processi maturativi, che tra le difese. L'autoaffermazione ci richiama infatti all'utilizzo mitigato delle spinte aggressive dal processo secondario e dall'esame di realtà: la realizzazione personale richiede un utilizzo adattativo dell'aggressività e della competitività. In termini di psicologia cognitiva, tale processo mentale viene chiamato *assertività*. Ogni processo di individuazione e di separazione richiede allo stesso tempo al soggetto di fare i conti con una certa quota di aggressività e con la concomitante e molto temuta evenienza che il proprio allontanamento rispetto agli oggetti primari di amore, comporti un'offesa agli stessi, nel corso del suo sviluppo. L'autoaffer-

mazione rappresenta quindi sempre un processo di cui fanno parte il lutto, la tolleranza e la considerazione del dolore proprio e di quello inferto agli altri. La gestione di tutte queste emozioni comporta quindi una strutturazione della personalità matura.

8. L'AUTOOSSERVAZIONE

L'autoosservazione può essere ricondotta al concetto di *insight* (o consapevolezza di sé). L'*insight* rappresenta quindi un processo percettivo del Sé attuale, ovvero delle proprie necessità, dei propri pregi e difetti, e della distanza dai propri raggiungimenti in termini di ideali. Questa capacità a tollerare la frustrazione è possibile che abbia delle basi costituzionali, come il temperamento emotivo. È quindi diverso da individuo a individuo, ma molto più spesso rappresenta l'esito di un cammino di comprensione e di consapevolezza, e può essere agevolato dal processo psicoanalitico. Anche qui, come per l'anticipazione, se porta alla tolleranza del proprio stato attuale, l'*insight* getta le basi per una corretta e più adattativa riflessione su di sé e della propria vita di relazione secondo il processo secondario e l'esame di realtà.

9. LA REPRESSIONE (O SOPPRESSIONE)³¹⁶

Nella repressione un contenuto di cui il soggetto è ben conscio non viene manifestato nel timore di suscitare delle reazioni di riprovazione, o comunque di non accettazione, da parte del mondo esterno. In sostanza la repressione avviene a ridosso della *terza censura*, quella nel modello di Sandler che delimita la parte conscia della mente individuale dalla mente collettiva e dal mondo esterno. Grazie alla repressione, l'individuo rende pubblica un'urgenza istintuale, un conflitto o un problema psicologico che lo opprime, solo a se stesso, evitando attivamente di esprimerlo all'esterno con le parole o con i fatti. Pur essendone conscio, egli non riesce a condividerlo, neanche con chi potrebbe aiutarlo. Egli quindi lo reprime, o sopprime, rispetto alla espressione pubblica, ovvero si astiene dall'esprimere al mondo esterno questa propria conflittualità che lo rende vulnerabile. In questo senso chiaramente la repressione (o secondo certe definizioni, la soppressione) è un processo difensivo. Esso quindi si differenzia dalla rimozione in quanto all'individuo, o meglio alla coscienza dell'individuo, il problema è noto, quello che viene inibita è l'espressione all'esterno (o pubblicazione).

³¹⁶ Spesso i traduttori dall'inglese confondono questo meccanismo di difesa con la rimozione, che in inglese viene reso con il vocabolo *repression*. La repressione (in sostanza, un meccanismo di difesa molto vicino al "mantenere un segreto") viene tradotta in inglese con *suppression*.

La dissociazione ha acquistato fama grazie alle cronache giudiziarie e a varie trasposizioni cinematografiche, non facendo altro che portare alla ribalta, un fatto ben noto agli psicoanalisti, ovvero che la nostra vita psichica è compartimentalizzata in una molteplicità di aspetti anche molto diversi tra loro. La dissociazione conduce a modalità pervasiva di funzionamento psichico fino a qualche anno fa chiamata *disturbo da personalità multipla*, e oggi *disturbo dissociativo dell'identità*. Questo quadro comporta delle situazioni suggestive di persone che vivono quasi inconsapevolmente una “doppia vita”: persone che vivono da affermati filantropi di giorno e da delinquenti di notte, altri che per la gran parte del loro tempo godono di una buona forma atletica, per poi trascorrere una parte della loro giornata infermi su di una sedia a rotelle, o persone che affermano di aver compiuto gravi reati (anche omicidi) mentre il loro corpo era controllato da una delle diverse “personalità alteregoiche”, presenti accanto alla “personalità ospite”. Il vissuto soggettivo della dissociazione proprio per la facilità a cui si presta all'utilizzo in situazioni che possono portare a vantaggi secondari (come riduzioni della pena in caso di reato) è diventato il corrispettivo contemporaneo di come un tempo veniva considerata comunemente l'isteria, ovvero la “grande simulatrice” nei termini degli studiosi dell'ottocento. Infatti è difficile ancora oggi tracciare una chiara linea di confine tra il disturbo dissociativo dell'identità, l'isteria (o disturbo istrionico) e la simulazione. È stato anche affermato che alcune delle famose pazienti isteriche studiate negli *Studi sull'isteria* di Freud e Breuer fossero in realtà pazienti affette da disturbo dissociativo. Perfino Anna O., la più famosa delle pazienti isteriche descritte negli *Studi*, e che ha permesso il passaggio di Freud dalla tecnica dell'ipnosi alla psicoanalisi, potrebbe oggi essere diagnosticata come più vicina al quadro di disturbo dissociativo dell'identità che a quello istrionico. Freud parla della paziente così:

Vi erano due stati di coscienza del tutto distinti, che spesso e repentinamente si alternavano e che nel corso della malattia si venivano sempre più nettamente separando. In uno stato, la paziente conosceva ciò che la circondava, era triste e angosciata, ma relativamente normale; nell'altro stato allucinato, era ‘cattiva’, vale a dire imprecava, buttava i cuscini addosso alle persone [...] Se durante questa fase era stato cambiato qualcosa nella stanza oppure se qualcuno era entrato o era uscito, essa si lamentava che le veniva a mancare il tempo e rilevava dei vuoti nel corso delle sue rappresentazioni coscienti [...] Negli istanti del tutto lucidi si lamentava [...] di avere due Io, il suo Io reale e un Io cattivo e la spingeva al male. (pp. 191-192)³¹⁷

³¹⁷ Freud, S., (1886-1895) *Studi sull'isteria e altri scritti Opere di Sigmund Freud vol. 1*. Torino: Bollati e Boringhieri.

Tuttavia credo che sia anche importante poter sfatare dei miti rispetto alla fenomenologia psichica della dissociazione proprio perché il fenomeno è molto più comune di quanto non si pensi. Nelle sue forme più lievi esso può assomigliare a quei momenti di “distacco”, simile alla *trance*, come quando si è assorti nella lettura di un libro, ma ci si accorge dopo un periodo di tempo (e magari accorgendosi di aver voltato già numerose pagine) che non si è letto nulla di quelle pagine ma si era “altrove”; alcune persone ne parlano come di una sensazione di essere “sotto shock”, dove si sentono parlare, si vedono agire, ma è come se qualcun altro lo facesse per loro. Spesso è la sensazione che ci ha accompagnato dopo aver rischiato di fare un incidente stradale (e ce ne ricordiamo solo a una certa distanza di tempo). La stessa *trance* che può essere indotta mediante l'ipnosi è una forma di dissociazione. Quindi la dissociazione è uno dei tanti meccanismi di difesa che permettono alla persona di *allontanarsi* da una possibile fonte di dolore con una parte della mente, mantenendo attiva un'altra parte di coscienza (in uno stato molto simile a quello che gli psichiatri descrittivi chiamano *stato crepuscolare*) per il controllo della motilità e la verifica della percezione³¹⁸.

La dissociazione cattura l'attenzione del profano alle dinamiche intrapsichiche inconscie proprio perché suggerisce la concezione che dentro lo stesso corpo possano albergare molteplici “persone”, cioè che all'interno di una singola persona alberghi l'esperienza soggettiva di diversi Sé. Questo concetto è forse quello che, da Janet e Freud in poi, ha rappresentato il lato divenuto più “popolare” delle scoperte psicoanalitiche, e che ha maggiormente suggestionato l'opinione pubblica. Pierre Janet³¹⁹ riteneva, a differenza di Freud, che la dissociazione mentale che osservava nelle pazienti isteriche fosse dovuta non tanto a un meccanismo dinamico, quanto a una originaria debolezza mentale (*insuffisance psychologique*), cioè a un deficit organico della mente della persona ammalata d'isteria. Freud, come è noto, sostiene invece che alla base del sintomo nevrotico vi sia sempre (secondo la teoria della rimozione) un gioco di forze e controforze, ossia un conflitto dinamico. A ribadire l'attualità della questione, ancora oggi, la prima domanda che ogni allievo in formazione psicoterapeutica viene invitato a farsi ad ogni nuova valutazione diagnostica con un paziente è se il quadro psicopatologico a cui assiste (il *problema del paziente*) sia l'espressione di un conflitto che comporta

³¹⁸ Lo stato crepuscolare corrisponde a un restringimento del campo di coscienza, che va dalla discontinuità della globalità delle funzioni cognitive, con momenti in cui l'attenzione perde la sua capacità di essere focalizzata (simile a quello che si verifica normalmente nella fase di addormentamento), fino a situazioni in cui vi è una destrutturazione più profonda dello stato di coscienza di tipo qualitativa: oltre ad un abbassamento dello stato di coscienza e ad un restringimento del campo, si vedono anche dei falsamenti di riconoscimento o di continuità del rapporto di realtà e cominciano le alterazioni dell'ideazione, con discontinuità dei nessi logici.

³¹⁹ Janet, P. (1892-1894) *État mental des hystériques*, 2 volumi. Parigi: Editions L'Harmattan.

un'inibizione ideoaffective o di un *deficit* dello sviluppo relazionale. Nella dissociazione, il problema appare originante da una situazione ancora diversa: il fattore patogenetico non è dato né un problema inconscio irrisolto, né una deprivazione infantile, bensì da un vissuto traumatico (più spesso cronico in fasi critiche dello sviluppo). La dissociazione fa anche parte, in genere estemporaneamente, del quadro sintomatologico di chi ha subito un grave trauma acuto (gravi incidenti stradali, atti di violenza, disastri o attentati terroristici).

L'etimologia della parola *trauma* è interessante: essa deriva dal greco *traŷma*, che sta per *perforazione, ferita o lesione*, ma vi sono anche qui dei richiami etimologici alla dinamicità del fenomeno: nella radice dal sanscrito (*tarāmi*) il senso è di *qualcosa che passa al di là*, che supera una barriera protettiva. Il trauma è quindi un'interruzione (in genere improvvisa e brusca) della barriera che ci garantisce i nostri sentimenti di sicurezza. La funzione psichica che funge da principale "informatore" per i sentimenti di sicurezza è la *percezione*. La percezione è qui intesa come quella funzione dell'Io che comprende tutte le modalità sensoriali rivolte verso l'esterno e verso l'interno, nelle sue componenti sia conscie, che inconscie. La funzione cardine per i processi percettivi è di preservare l'apparato psichico (in particolare la coscienza, intesa come consapevolezza cosciente, e quindi l'individuo e il suo corpo) da ogni esperienza traumatica o da ogni pericolo che derivi dal mondo esterno o da quello interno.

L'apparato percettivo quindi è molto simile a una "*pelle psicologica*" per cui una volta percepito un dolore (o qualsiasi stimolo) solo meccanismi interni possono modificarlo (si veda la Figura 21)³²⁰. Freud ha definito l'apparato percettivo come uno strato protettivo che protegge la coscienza dagli stimoli (barriera per gli stimoli)³²¹. Questo apparato sarebbe composto da tre elementi: (a) il primo quello di *protezione dagli stimoli*, (b) il secondo quello di *ricezione degli stimoli*, ed (c) il terzo quello di *immagazzinamento e memoria degli stimoli*³²². In particolare la prima componente dell'apparato percettivo agirebbe da scudo esterno, con una funzione quindi di protezione dagli stimoli, e sarebbe composto da meccanismi di base di selezione attenzionale. Il secondo sottosistema della apparato percettivo è deputato all'abbinamento percezione e coscienza (P-C) e costituisce il sistema di ricezione degli stimoli. In psicologia cognitiva questo strato corrisponde sostanzialmente alla memoria di lavoro, una componente della consapevolezza cosciente. Il terzo livello del sistema percettivo è quello dei sistemi mnestici, situati a un livello ancora più profondo dove avviene la registrazione permanente della traccia di memoria relativa allo stimolo.

³²⁰ Freud, S. (1899) L'interpretazione dei sogni OSF, 3. [alle pp. 491-494].

³²¹ Freud, S. (1920) Al di là del principio del piacere OSF, 9: 187-249. [Lo scudo degli stimoli è discusso alle pagine 213-217].

³²² Freud, S. (1924) Nota sul "Notes magico". OSF, 9: 59-73.

La percezione non è quindi un'attività psichica, dove avviene una registrazione passiva degli stimoli ma è un'attività di integrazione, un funzione dell'Io. Essa non implica sempre la presenza della consapevolezza cosciente, spesso agisce inconsciamente in molteplici passaggi nel conferire *significato* agli eccitamenti in arrivo. Essa quindi opera integrando le percezioni passate (tracce mnestiche) con le percezioni attese: in termini psicoanalitici, la percezione opera proiettando sull'esperienza del presente lo stato ideale desiderato e atteso di una relazione gratificante del passato. Il passato viene proiettato sul presente relazionale dell'individuo per generare il futuro.

Le percezioni possono essere modificate e distorte da elementi pulsionali e dalle idee che possono associarsi alle pulsioni (le "*fantasie inconscie*"). Il grado di distorsione o di aderenza alla realtà dipende dallo sviluppo di fattori di organizzazione del bambino, dalla presenza (o assenza) dei riferimenti interni delle relazioni oggettuali. Il bambino molto piccolo distingue con grande difficoltà quelli che sono gli eccitamenti che vengono dal mondo pulsionale, dal mondo interno, da quelle che sono le eccitamenti provenienti dalla realtà esterna. Fin da piccoli tuttavia siamo allenati a sviluppare le nostre attività percettive per gli stimoli che vengono dalla realtà esterna (inclusa quella corporea)³²³, mentre siamo meno propensi a riconoscere con la stessa capacità discriminativa gli stimoli interni³²⁴.

L'integrazione sensoriale e percettiva fra gli elementi che compongono il nostro benessere e le sensazioni che vengono dall'interno convergono nel formare un senso di base di stabilità, di sentirsi al sicuro e in salvo. Tutto questo non è solo dettato dalla mancanza di dolore o di angoscia. Il sentimento di sicurezza segue dei principi più complessi di quelli dei bisogni primari, quali la *fame* (ove la sazietà è data dalla soddisfazione della fame, ovvero dalla assenza di questo bisogno). Infatti il sentimento di sicurezza non emerge semplicemente dalla mancanza di dolore, esso è nutrito e accresciuto da un sufficiente apporto di rifornimenti narcisistici, cioè all'immagine del Sé propria della persona, che viene dalla *percezione del padroneggiamento delle proprie funzioni*, delle proprie competenze cognitive, affettive e relazionali. Noi oggi sappiamo che la stabilità strutturale del Sé dipende da molti fattori esterni (le dimostrazioni di amore e stima provenienti dagli oggetti esterni), in particolare inizialmente le conferme provenienti dal riconoscimento delle richieste infantili del bambino da parte della madre (reale ed esterna).

³²³ Il corpo, pur costituendo per noi un oggetto dallo *status* molto particolare e importante, rimane inizialmente un elemento del mondo esterno, ovvero che non risponde a ogni nostra necessità nel momento del bisogno.

³²⁴ Questo perché la rinuncia del principio del piacere a favore del principio di realtà nei primi anni di vita comporta la predominanza dei processi di selezione attentiva dell'apparato percettivo rivolto verso il mondo esterno.

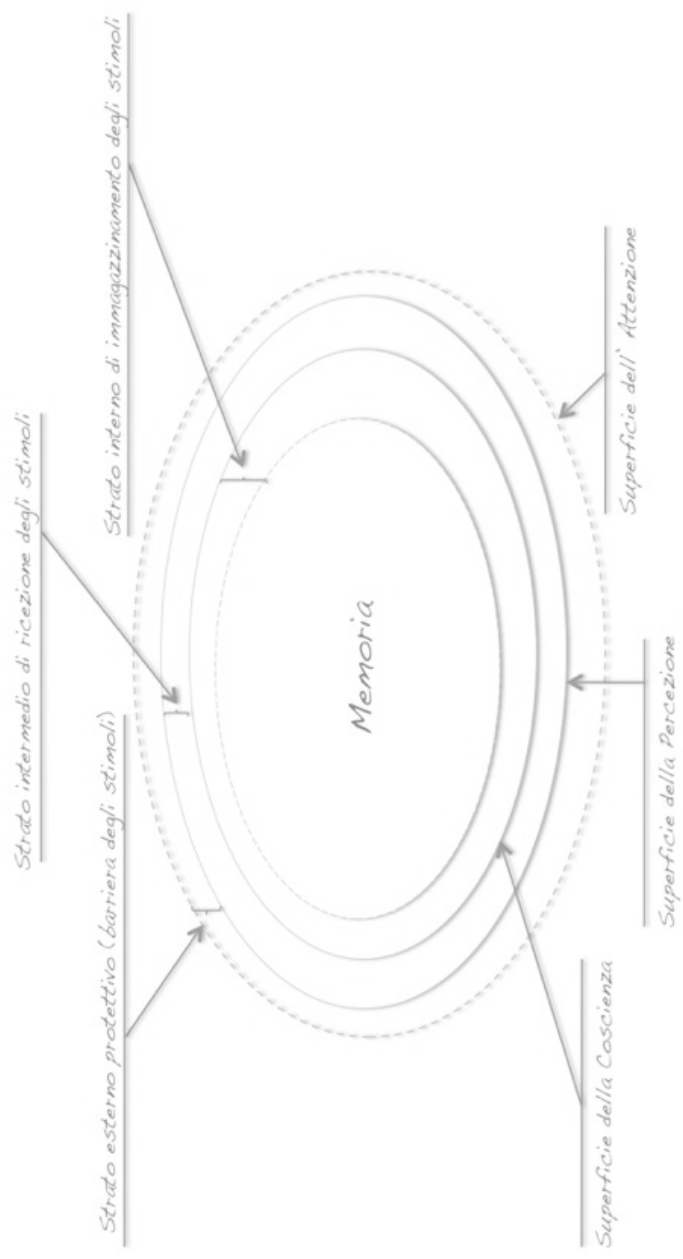


Figura 21: L'apparato percettivo secondo Freud
 L'apparato percettivo secondo Freud sarebbe composto da tre elementi: (a) il primo quello di protezione dagli stimoli, (b) il secondo quello di ricezione degli stimoli, ed (c) il terzo quello di immagazzinamento e memoria degli stimoli.

Progressivamente aumenta la possibilità di assimilare (*introiettare*) questo scambio con la madre, in un *dialogo psicologico intrapsichico*. Questa operazione (l'introiezione) aumenta la stabilità e l'autonomia del bambino, contribuendo al soddisfacimento dei bisogni in termini di sicurezza anche in assenza della madre. Le fonti di autostima poi nel corso della crescita si spostano al rapporto con una moltitudine di oggetti interni e con gli ideali propri del bambino, abbiamo infatti visto che tali rifornimenti sono necessari e continui nella vita di un individuo: dipendono dalle persone che ci circondano e che ci amano in modo esclusivo (come inizialmente accade nel neonato). Progressivamente questa presenza costante degli oggetti esterni lascia il posto agli apporti narcisistici che ci giungono dalle identificazioni con gli oggetti interni, con gli introietti e con il Sé ideale. Il Sé attuale si nutre di tutti tali apporti nel corso di tutta la vita.

È stato inoltre dimostrato che, anche a livello di funzionamenti neurofisiologici, esistono specifici segnali (psicobiologici) attestanti la presenza di *pericolo*, come esistono anche degli altrettanto distinti segnali (psicobiologici) relativi agli stimoli appetitivi (che informano della dimensione del piacere e del benessere) che sono dissociabili dai sistemi neurali che inviano *segnali attestanti la sicurezza* dell'individuo³²⁵. La percezione è quindi essenziale anche per distinguere un pericolo da un'effettiva esperienza traumatica. È bene ricordare che il *trauma psicologico* è costituito dall'esperienza di sentirsi in balia di un eccesso di stimoli, di fronte ai quali ci si sente in uno stato di impotenza. Il *trauma*, va inteso qui come l'evento come il generatore di una possibile sollecitazione troppo intensa. Tale stimolo potenzialmente traumatico stimola un *senso di pericolo* (un sentimento di minaccia, di sovraccarico, di *tensione* dell'apparato percettivo). Se il senso di pericolo è riferito all'esterno (come nel caso di una violenza subita) parliamo di *paura*, se è riferito all'interno (un desiderio disturbante, una fantasia aggressiva, un sogno) parliamo di *ansia* o *angoscia*. Il senso di pericolo genera ovviamente una destabilizzazione momentanea cui cercano di porre rimedio le varie modalità difensive che mirano a ripristinare quanto prima l'equilibrio precedente alla sollecitazione potenzialmente traumatica. L'*esperienza traumatica* vera e propria è definibile come un evento intrinseco alla psiche ove, per sovraccarico dell'apparato percettivo, si verifica anche una destabilizzazione strutturale dell'apparato psichico. Se la destabilizzazione permane, ne consegue un aggiustamento su di un livello strutturale (e relazionale) inferiore, un riequilibrio omeostatico a uno "scalino più basso" dello sviluppo ontogenetico. Gli effetti del trauma non si esauriscono a una regressione temporanea:

³²⁵ Josselyn, S. A., Falls, W. A., Gewirtz, J. C., Pistell P., & Davis, M. (2004). The nucleus accumbens is not critically involved in mediating the effects of a safety signal on behaviour. *Neuropsychopharmacology*, 1–10.

Rogan, M. T., Leon, K. S., Perez, D. L., & Kandel, E. R. (2005). Distinct neural signatures for safety and danger in the amygdala and striatum of the mouse. *Neuron*, 46: 309-320.

l'equilibrio omeostatico dopo un'esperienza traumatica non solo non viene ripristinato al livello precedente al trauma, esso genera una *modificazione stabile* del funzionamento della persona. Questa modificazione può consistere nell'insorgenza di una modalità difensiva rigida o arcaica, in una regressione o in uno stato depressivo. In questo senso, un'esperienza è definibile come traumatica in base alla constatazione dei suoi esiti: nessuna esperienza è, pertanto, catalogabile *a priori* come traumatica in termini di adattamento intrapsichico.

La dissociazione rappresenta quindi uno dei molti possibili esiti di un trauma, in genere si presenta come modalità pervasiva del funzionamento psichico solo se il trauma è stato devastante o di lunga durata, o se a sollecitarlo è stata la fiducia tradita proprio da parte di figure significative che avrebbero dovuto proteggere la persona. Essa fa parte di quel quadro che nella psichiatria descrittiva (che si basa sui sintomi e segni) viene denominato *Disturbo Postraumatico da Stress*³²⁶.

“Il Disturbo Post-Traumatico da Stress consiste nello sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica [in questa rientra anche la paura subita durante una esperienza di passività durante un abuso sessuale]; [...] La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme, o il provare orrore (oppure, nei bambini, la risposta deve comprendere comportamento disorganizzato o agitazione). I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione ad un trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico, l'evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l'ottundimento della reattività generale, e sintomi costanti di aumento dello stato di attivazione. Per i bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate. L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Comunemente la persona presenta ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento o sogni sgradevoli ricorrenti durante i quali si ripete l'evento. In rari casi la persona vive stati dissociativi che durano da pochi secondi a diverse ore, o anche giorni, durante i quali vengono rivissute parti dell'evento e la persona si comporta come se stesse vivendo l'evento in quel momento. Spesso si manifestano intenso disagio psicologico o reattività fisiologica quando la persona viene esposta ad eventi scatenanti che assomigliano o simbolizzano un aspetto dell'evento traumatico.

Vengono evitati in modo persistente gli stimoli associati con il trauma. La persona comunemente si sforza volontariamente di evitare pensieri, sentimenti, o conversazioni che riguardano l'evento traumatico, e di evitare attività, situazioni o persone che suscitano ricordi di esso. Questo evitamento può comportare amnesia per qual-

³²⁶ DSM-IV - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. International Version with ICD-10 codes. Washington D.C. Tr.it in DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Masson S.p.A. - Milano, 1995.

che aspetto importante dell'evento traumatico. Di solito subito dopo l'evento traumatico inizia una riduzione della reattività verso il mondo esterno, a cui ci si riferisce come "paralisi psichica" o "anestesia emozionale". L'individuo può lamentare una marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività precedentemente piacevoli, o di sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone, o di avere una marcata riduzione della capacità di provare emozioni. L'individuo presenta sintomi persistenti di ansia o di aumento dell'arousal non presenti prima del trauma. Questi sintomi possono includere difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, che può essere causata da incubi frequenti durante i quali viene rivissuto l'evento traumatico, ipervigilanza, e da esagerate risposte di allarme. Gli individui con Disturbo Post-traumatico da Stress possono descrivere dolorosi sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza degli altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere. L'evitamento fobico di situazioni o attività che assomigliano o simboleggiano il trauma originario può interferire con le relazioni interpersonali e portare a conflitti.

Nei bambini più piccoli, i sogni spiacevoli riguardanti l'evento possono, nel giro di alcune settimane, trasformarsi in incubi generalizzati con mostri, con salvataggi o con minacce per sé o per altri. I bambini piccoli di solito non hanno la sensazione di rivivere il passato; piuttosto il rivivere il trauma si manifesta attraverso un gioco ripetitivo. Poiché può essere difficile per i bambini riferire una riduzione di interesse per attività significative e una coartazione dell'affettività, questi sintomi dovrebbero essere valutati accuratamente da quanto riferiscono i genitori, gli insegnanti e altri osservatori. Nei bambini, il senso di diminuzione delle prospettive future può essere evidenziato dalla convinzione che la vita sarà troppo breve per diventare adulti".

In linea con quanto affermato sopra, è stato dimostrato che il *Disturbo Post-Traumatico da Stress* dipende sia da fattori soggettivi (intrinseci alla personalità della persona traumatizzata) sia da fattori oggettivi. Esso non dipende quindi solo dalla gravità dell'evento esterno traumatizzante, o *stressor*³²⁷. Mentre un tempo si pensava che la gravità della sintomatologia post-traumatica fosse direttamente proporzionale alla gravità dello *stressor*, studi controllati suggeriscono diversamente. Un trauma più grave non predice la sintomatologia post-traumatica. I seguenti fattori predispongono a una vulnerabilità e influenzano lo sviluppo della sintomatologia post-traumatica: (1) vulnerabilità genetico-costituzionale alle malattie psichiatriche; (2) esperienze negative o traumatiche nell'infanzia; (3) certe caratteristiche di personalità (come quelle che si ritrovano nei pazienti antisociali, dipendenti, paranoici e borderline); (4) recenti stress o cambiamenti esistenziali; (5) un sistema di supporto compromesso o inadeguato; (6) un grave e recente abuso di alcool; (7) la percezione che il locus di controllo è esterno invece che interno (tendenza alla passivizzazione)³²⁸.

³²⁷ Perry, S., Difede, J., Musngi G., et al. (1992) Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 931-935.

³²⁸ Davidson, J.R.T., Foa, E.B. (a cura di) (1993) Epilogue. In: *Posttraumatic Stress Disorder, DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press, Washington, D.C., pp. 229-235.

Quando lo sviluppo infantile viene invece turbato sistematicamente e il bambino anziché vivere un'infanzia relativamente protetta, si vede esposto cronicamente a esperienze traumatiche (di violenza in famiglia, di contesti di vita costantemente sotto la minaccia rispetto alla sopravvivenza o di abuso psicologico, emozionale o fisico) allora è possibile che si instauri un *disturbo dissociativo dell'identità*. Il disturbo dissociativo diventa così una vera e propria struttura di personalità dove, a ogni fonte, anche lieve, di stress, la persona reagisce mediante la dissociazione³²⁹. L'individuo affronta così conflitti emotivi e le fonti di stress interne o esterne attraverso un'alterazione temporanea delle funzioni integrative della coscienza: questa alterazione se reiterata e durevole influisce anche sulla organizzazione e l'espressione dell'identità. Vi è quindi il sovvertimento delle funzioni normalmente integrate della coscienza, della memoria, della percezione di sé o dell'ambiente, o del comportamento senso-motorio. La dissociazione è una difesa difficilmente collocabile. Essa è probabilmente una difesa che forma una categoria a sé: non è facilmente attribuibile a un processo difensivo primitivo proprio del bambino preverbale (quindi la dissociazione non è assimilabile alla scissione), né può essere assimilata ai meccanismi di difesa di ordine superiore, o più maturi. Si potrebbe quindi dire che la dissociazione è una reazione "normale" a un vissuto molto traumatico. I vantaggi della dissociazione in condizioni insopportabili sono ovvi: ci si distacca totalmente dal dolore, dal terrore, dall'orrore dell'idea e dalla paura di esperire un dolore intollerabile o di essere a rischio di una morte imminente. Lo svantaggio maggiore è la sua tendenza a operare automaticamente in condizioni nelle quale la sopravvivenza non è realmente a rischio e quando nel proprio funzionamento globale si potrebbe ricorrere ad adattamenti più consoni alla situazione minacciosa.

ALCUNE NOTE SUL RUOLO DELLE DIFESE NELLA STRUTTURAZIONE DELLA PERSONALITÀ

La modalità con cui è possibile fare diagnosi in psicoanalisi è molto complessa ed esula dalle finalità di questo testo. In questa breve esposizione, conclusiva rispetto a questo capitolo, si è voluto tuttavia riportare come l'uso di specifiche modalità difensive e di sviluppo dell'identità personale si possano tradurre in altrettanto specifici disturbi del carattere. Questa sezione si prefigge di fornire solo i rudimenti su come i processi difensivi strutturano i tratti del carattere, che costituiscono quelle modalità di relazionarsi agli altri e verso se stessi. Ab-

³²⁹ L'ansia e il suo corrispettivo somatico, lo *stress*, è utile per la messa in moto dei sistemi di adattamento. È in questa accezione che qualcuno denomina questa quota di ansia, *eustress* (o stress benefico). Ad esso viene contrapposto il *distress* (o angoscia disadattativa) predisponente al vissuto traumatico, regressivo o dissociativo.

biamo ampiamente trattato di come queste modalità di relazione derivino dal modo in cui si sono formati, dalle esperienze nel reale e nell'immaginario di ogni individuo, le varie macrostrutture che compongono l'apparato psichico (quali l'Io, l'Es e il Super-io), e le miriadi di microstrutture che costituiscono gli oggetti interni, il nostro Sé, il Sé ideale e il Sé attuale. Non è invece compito di questo libro dare delle indicazioni dettagliate sulla formazione delle strutture patologiche e disadattative dell'identità personale, del carattere e della personalità individuale. Accenneremo soltanto in questo paragrafo a come si distribuiscono le diverse difese che abbiamo citato in questo capitolo all'interno delle più usate diagnosi di disturbi della personalità e dell'identità, e come le difese incidono sulla formazione e sullo sviluppo della persona. Nel tracciare questa breve sinossi, mi rifaccio a un testo che abbiamo ampiamente citato, che è il libro *"La diagnosi psicoanalitica"*³³⁰ dove è descritto il modello bidimensionale di valutazione diagnostica della personalità. Riprendendo da altri e numerosi autori, questo modello fonde la comprensione delle alterazioni del carattere sulla valutazione sistematizzata (1° asse) della *dimensione evolutiva* (che riflette delle specifiche tappe evolutive) e (2° asse) della *dimensione difensiva* (che riflette la presenza prevalente di una o più difese specifiche; si veda la Figura 22). In questo modello è riassunta la nosografia dei disturbi di personalità basandosi sulla seguente premessa, che citiamo: *"Non è possibile comprendere la struttura essenziale del carattere di un essere umano senza valutare due dimensioni distinte e tra loro interagenti: il livello evolutivo dell'organizzazione di personalità e lo stile difensivo all'interno di quel livello"*. Sostanzialmente nella Figura 22 che segue (liberamente tratto dallo stesso testo della McWilliams e modificato dalla stessa fonte) vengono messi sull'asse verticale, il *livello evolutivo di organizzazione di personalità*; questa variabile ricalca sostanzialmente quelle che sono gli esiti del processo di individuazione e separazione, a sua volta strettamente legato alle fasi evolutive del bambino piccolo. Sull'asse orizzontale, sono riportate le difese prevalenti la cui presenza è indicativa di una determinata tipologia caratteriale.

Procedendo quindi dal basso verso l'alto, in ogni tipologia del carattere, vi sarebbe quindi una fase più indifferenziata che viene denominata (1) *livello evolutivo di organizzazione psicotica* in quanto sono presenti i funzionamenti più primitivi. Se la persona rimane ancorata a queste modalità di funzionamento mentale (fissazione infantile) incorrerà in problemi più disadattivi, che si avvicinano allo stato regredito della patologia psicotica. In questo livello, infatti, l'esame di realtà risulta grossolanamente compromesso, la separazione e individuazione è appena abbozzata, e siamo ancora nella fase simbiotica, per come con-

³³⁰ McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.

getturato da Margaret Mahler³³¹. L'identità non è integrata e il sentimento di sicurezza è praticamente assente in assenza di oggetto esterno. Rifacendosi alle fasi dello sviluppo sessuale infantile di Freud potremmo dire che questo livello si rifà alla più precoce *fase orale del bambino*, e più esattamente a una relazione pregenitale narcisistica di carattere orale.

La fase intermedia dello sviluppo che corrisponde ai primi processi di allontanamento (affettivo ed effettivo) del bambino dalla madre, viene denominata *livello evolutivo di organizzazione borderline*: in questa fase prosegue, diventando più sofisticata, l'individuazione e la definizione dell'identità personale; la persona risulta più definita, leggermente più individuata, tuttavia sono sempre presenti e prevalenti le difese più primitive su quelle più mature; la separazione dall'oggetto primario è solo parziale³³². Allo stesso tempo si fanno strada delle funzioni più integrate: l'esame di realtà per quanto instabile è presente, l'identità psicologica acquisisce un carattere più distinto e personalizzato per quanto ancora in modo instabile e deficitario, e l'insicurezza domina sui sentimenti di sicurezza, anche se a momenti quest'ultima permane. Tutti questi fattori fanno sì che prevalgano i meccanismi di controllo e di mantenimento dell'omeostasi affettiva tipici della fase anale (relazione narcisistica pregenitale di tipo anale).

Infine il terzo è il *livello evolutivo di organizzazione nevrotica*, caratterizzato da uno stato mentale sempre più definito e individuato, in cui le difese mature sono le più presenti (anche se le difese primitive sono sempre latenti) e si presentano come risorse adattative individuali. L'esame di realtà risulta corretto nella maggior parte delle contingenze (ove non vi siano fattori eccessivamente traumatici). Il processo di separazione raggiunge una sempre maggiore stabilità data dalla *costanza dell'oggetto*, una proprietà che consente una sempre maggiore distanza spaziale e temporale dall'oggetto esterno, senza che si perda la sicurezza data dalla presenza affettiva, e persistono le modalità apprese dai rifornimenti narcisistici e da quelli ottenibili dagli oggetti interni (o dagli introietti): prende forma una personalità sempre più emancipata e indipendente dall'esterno, ma a contatto con le proprie esigenze profonde. In questo senso nel livello evolutivo di organizzazione nevrotica, l'identità risulta sempre più integrata, in quanto si basa su sentimenti di sicurezza duraturi e solidi. Il soggetto è in grado

³³¹ Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman A. (1975) *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books. Tr. It. *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978.

³³² Nella simbolizzazione grafica delle "piramidi" nella Figura 22, la base allargata allude al fatto che, ai livelli più involuti o "basali" dei livelli di organizzazione della personalità, i vari meccanismi difensivi si mescolano tra loro, prevale il funzionamento secondo il processo primario, e l'individuazione e la definizione dell'identità è più indifferenziata. Man mano che l'individuo procede nello sviluppo, e nel processo di separazione-individuazione, la "piramide" che rappresenta lo sviluppo del carattere, definendosi, si assottiglia e i meccanismi difensivi diventano sempre più raffinati e sofisticati delineando dei chiari e più marcati tratti caratteriali.

di stabilire delle relazioni oggettuali basate su sentimenti di amore oggettuale, e sempre meno basati su esigenze inavase pregenitali di carattere narcisistico.

Nell'asse orizzontale invece, nella Figura 22, sono specificate le *tipologie di personalità* determinate dalla distribuzione delle difese. Come è evidente dal grafico, ogni tipologia del carattere (ad esempio, il carattere ossessivo, depressivo, psicopatico, narcisista, etc.) può svilupparsi maggiormente o rimanere ancorata a modalità anche molto regressive di funzionamento, quali quelle del livello di organizzazione della personalità di tipo psicotico. È anche vero che vi sono, nell'ambito delle tipologie di personalità delle distribuzioni evolutive non uniformi, in quanto, ad esempio, le personalità schizoidi, tendono più frequentemente (visto che spesso sono impervie alle esperienze che giungono dall'esterno) a rimanere ai livelli evolutivi più bassi; le personalità depressive, per fare un altro esempio, mediamente si collocano a quelli evolutivamente più alti; tuttavia la distribuzione segue sempre un "andamento gaussiano" dove possiamo inferire che l'apice della curva sia variamente posizionato a seconda del tratto caratteriale in questione.

Quando, durante lo sviluppo infantile, l'individuo si avvale in modo prevalente (se non esclusivo) dell'utilizzo di una o più difese specifiche, si viene quindi a costituire quello che abbiamo chiamato un *disturbo di personalità*: il carattere diventa sempre meno flessibile, e pertanto, in linea con l'ipotesi evuzionistica, la persona facilmente va incontro a problemi di disadattamento. A fronte di situazioni (transitorie o durature) di carenza di sicurezza, questi disturbi danno poi adito a veri e propri problemi psicopatologici, le malattie mentali vere e proprie (quali la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, la psicosi schizofrenica e così via). Citeremo soltanto quelle che sono le distribuzioni evidenziate nella Figura 22 rimandando al testo citato della McWilliams, la descrizione dettagliata dei diversi disturbi di personalità.

La *personalità di tipo schizoide* corrisponde a una persona che si difende rispetto ai problemi dei conflitti interni fondamentalmente ritirandosi all'interno della propria fantasia: sono persone ritenute bizzarre e stravaganti dagli altri, ritirate ma anche potenzialmente molto creative per l'uso che fanno della loro fantasia. Il loro adattamento dipende dal livello evolutivo di organizzazione della personalità (psicotico, borderline, o nevrotico), conferendo in modo diversificato capacità all'individuo schizoide di definirsi e adattarsi rispetto all'ambiente esterno e di maturare, raggiungendo quelli che sono gli obiettivi tipici per ogni individuo, cioè amare e realizzarsi nel lavoro.

La *personalità psicopatica* invece è quella per definizione "che non riesce a soffrire ma è molto esperta nel fare soffrire gli altri". Nelle forme tipiche agisce mediante manipolazioni comportamentali, sottili induzioni di ruolo, e mediante la difesa del controllo onnipotente.



Figura 22: I tipi di personalità nel modello bidimensionale

La *personalità di tipo paranoide* vive costantemente nel sospetto. utilizzando il processo di proiezione, e/o di identificazione proiettiva, a seconda del livello evolutivo di organizzazione della personalità.

La *personalità di tipo narcisistico* vive cercando di colmare dei vuoti relazionali esistenziali importanti, in genere a causa di esperienze infantili di deprivazione, o di prevaricazione, vissuta o immaginata nell'infanzia, utilizzando l'idealizzazione e la svalutazione come misure difensive. Nella personalità narcisistica si generano così quelle strutture ipertrofiche del Sé, che fungono da impalcature rispetto dei sentimenti di auto-svalutazione e/o di disprezzo degli altri che sono sempre presenti e che rendono l'omeostasi affettiva del narcisista basata sempre su di un equilibrio molto precario.

La *personalità di tipo depressivo* è un disturbo che utilizza il processo dell'introiezione e il rivolgimento contro il sé: per dare un esempio "impressionistico", sono quelle persone che quando gli viene attribuito ingiustamente uno sbaglio o un torto a carico di altri, anche se non c'entrano nulla, invece di rigettare l'accusa, immediatamente pensano: "Come ho fatto a non accorgermi di aver compiuto questo misfatto!".

Una variante distinta dalla personalità depressiva ma complementare è la *personalità masochistica*. Il masochista caratteriale è stato descritto come una persona depressa che non ha perso del tutto la speranza di ottenere amore e attenzioni da parte degli altri. Mentre il depresso pensa di non meritarsi, il masochista spera ancora di ottenerle, annullandosi al volere altrui. Come il depresso, il masochista utilizza l'introiezione e il rivolgimento contro il sé, ma con l'aggiunta di *acting out*, nella forma in genere di passaggi all'atto di tipo autolesionistico, per ottenere il riconoscimento e l'amore desiderati. Dal punto di vista psicodinamico è bene ricordare che nel mondo interno del masochista vi è sempre quindi una relazione sadica (un oggetto che dà questo riconoscimento e amore tanto desiderati dal masochista, una relazione dove l'oggetto sta bene solo se gode del malessere del soggetto).

Il *disturbo di personalità di tipo ossessivo* (come abbiamo citato a proposito delle difese di controllo) utilizza da una parte le difese razionalizzanti (la razionalizzazione, l'intellettualizzazione, la moralizzazione, la compartimentalizzazione e la generalizzazione), accanto a quelle magiche e di derivazione dall'onnipotenza infantile (l'isolamento e l'annullamento retroattivo).

La *personalità isterica* (o istrionica) utilizza la rimozione e la sessualizzazione (o le sue varianti della seduzione o dell'erotizzazione), accompagnate, molto spesso, dalla regressione che la fanno apparire eccessivamente infantile o esageratamente drammatica.

La *personalità fobica* utilizza lo spostamento e l'evitamento, cosa che se particolarmente spiccata e precoce sin dall'infanzia può comportare non solo meccanismi di inibizione intellettuale, cognitiva, affettiva e comportamentale, ma anche lo sviluppo di una situazione consolidata di *restrizione dell'Io*.

Una tipologia molto discussa, e di conseguenza nel grafico proposto si trova in una posizione separata, è il *disturbo dissociativo dell'identità*. In esso è possibile individuare, diverse modalità concomitanti e parallele di personalità nella stessa persona, che si alternano mediante il meccanismo difensivo della dissociazione posttraumatica. Potenzialmente ciascuna di queste personalità può sviluppare tipologie diverse di personalità quando prevale la dissociazione (che può essere paragonata a uno stato simil-onirico, crepuscolare e ipnoide) e si può quindi assistere alla paradossale situazione di vedere albergare nello stesso corpo delle personalità diametralmente opposte come ad esempio una personalità di tipo istrionico, in genere tendente a un comportamento drammatico ed esternalizzante, che si alterna con una personalità di tipo schizoide (tendente al ritiro nel suo mondo e in preda a fantasie autistiche).

9. La via conservativa dell'omeostasi affettiva: dalla sicurezza alla depressione*

«Il bambino ha il dono di accettare molto rapidamente la scomparsa di una sensazione. Gli sono risparmiati quei contorni remoti e sfuggenti che costituiscono la vastità del dolore.»
Victor Hugo

Nel seguente capitolo verrà proposta al lettore la disamina del concetto di *sicurezza*, un concetto di cui si sente molto parlare nel vivere quotidiano e nel linguaggio comune: basti pensare a quanto è usato in ambito di prevenzione sociale, medica, nel mondo del lavoro e della finanza, e in politica. Tuttavia, sorprendentemente, nonostante la centralità che è sempre stata data alla tutela del paziente in trattamento, in psicoanalisi, non si sente spesso parlare della condizione intrapsichica di sicurezza. Sandler ha colmato questo iato dimostrando come il principio di sicurezza faccia da sfondo al mantenimento della nostra omeostasi affettiva: egli ha dimostrato come una condizione di sicurezza sia necessaria in ogni momento della vita intrapsichica dell'uomo, dalla nascita alla morte, e come una calo di tale sentimento inneschi immediatamente nell'essere umano la necessità di attuare dei provvedimenti urgenti di vario tipo³³³. Questo capitolo, che trova il suo centro teorico nella concettualizzazione dei sentimenti di sicurezza, si estenderà alla trattazione di una condizione collegata, quale è la depressione, come uno dei possibili esiti delle situazioni in cui la sicurezza viene meno³³⁴.

* A cura di Sandra Pellizzoni e Andrea Clarici.

³³³ Sandler J. (1960a) The background of safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 352-356. Tr. It.in Sandler J. "La ricerca in psicoanalisi". Torino: Bollati e Boringhieri.

³³⁴ Questo articolo ha come fonte principale la ricerca svolta all'interno del Centro Studi di Via

La sicurezza della persona si fonda sull'essere al sicuro e protetto rispetto al dolore derivante da qualsiasi forma di danno all'integrità fisica o psicologica della persona. La sicurezza pertanto è strettamente correlata, almeno per quanto riguarda i funzionamenti psichici, con l'elaborazione del dolore. Il dizionario della lingua italiana definisce il dolore come "uno stato di mancanza fisica o psichica di benessere, o un'afflizione mentale, che può variare da un lieve fastidio, o una moderata irritazione fino a un acuto e insopportabile tormento; esso può essere localizzato o generalizzato ed è la conseguenza di essere ferito o danneggiato fisicamente o mentalmente da una mancanza o da un turbamento di un equilibrio nelle funzioni mentali o fisiche (come accade nelle malattie); esso di solito produce una urgente reazione intenzionale di evitamento, una voglia di fuggire o di distruggere il fattore causale e i suoi effetti".

L'esperienza del dolore fisico ha un indubbio significato adattativo: questa spiacevole sensazione avverte l'apparato psichico che c'è qualcosa che non va. Il dolore diventa così l'indicatore di un avvenuto e significativo danno alla persona. La stessa funzione, come vedremo, ricopre il dolore psichico, che segnala l'esistenza di un pericolo per l'integrità psicologica personale. Di contro, siamo meno avvezzi a pensare ai sentimenti legati alla sicurezza, come potenzialmente dannosi per lo sviluppo, invece, come vedremo in seguito, una chiusura del soggetto in una condizione nota di sicurezza può comportare un rallentamento e anche una compromissione della crescita personale.

L'esperienza fisica del dolore è quindi una sensazione sgradevole, legata alla stimolazione di specifiche vie sensoriali e centri nervosi, che funziona come meccanismo di protezione e avvertimento individuale in situazioni che possono rivelarsi dannose o pericolose per il corpo. Alcuni usano il termine dolore per connotare solo la sensazione corporale, ovvero il dolore percepito come localizzabile alla periferia della superficie del corpo o ai visceri, riservando invece ai connotati affettivi dell'esperienza soggettiva interiore il termine di sofferenza. Ad ogni modo, questa esperienza interiore produce angoscia e le due componenti (centrale e periferica) sono sempre in qualche misura compresenti sia nel dolore psichico, sia in quello fisico. Il sentimento di sicurezza comprende l'insieme delle condizioni esteriori che consentono di vivere, esistere e persistere in una situazione al riparo da pericoli, in uno stato di tranquillità e di esercizio delle proprie funzioni e attività. La sicurezza si sovrappone in parte con la fiducia in sé, nelle proprie doti, nelle proprie capacità, dove la persona sopporta le incertezze con padronanza dei propri mezzi. Contrapposti al sentimento di

Ariosto di Milano sulla depressione. In particolare, siamo debitori della maggior parte delle idee sulla depressione quale difesa psicologica, al lavoro e alle riflessioni del dott. Paolo Coen Pirani [Coen Pirani, P. (2007). Rileggendo "Lutto e Melanconia": riflessioni sul dolore e sul lavoro psichico nella clinica psicoanalitica. Relazione tenuta al *Convegno per il 39° anno accademico del Centro Studi di Psicoterapia di Via Ariosto*, Milano: 21 settembre 2007].

sicurezza troviamo quindi proprio il senso di pericolo e il senso di tensione. Il senso di *pericolo* delinea la minaccia di ricevere dolore o danni per sollecitazioni provenienti dall'esterno, mentre la *tensione* proviene da una conflittualità interna e consiste nella percezione di una minaccia interna data da stimoli nocivi per l'integrità, la stabilità o il controllo delle proprie funzioni corporali o psicologiche. Questa percezione genera angoscia, il segnale a disposizione dell'Io per predisporre le sue contromisure, le difese psicologiche.

La scotomizzazione dell'importanza dei sentimenti di sicurezza in psicoanalisi si deve, almeno nella tradizione freudiana, alla priorità tra le funzioni regolatorie dello psichismo umano, data al principio del piacere, alla pulsione ad esso connessa (la libido) e alla sessualità. I sentimenti di *piacere* vengono percepiti quando l'individuo raggiunge una sufficiente corrispondenza tra desideri, aspirazioni e interessi personali, nel rispetto delle proprie particolari consuetudini, abitudini o principi. Il piacere nell'adulto, come nel bambino più grande, non è tuttavia disgiunto dall'approvazione sociale, dal consenso e dalla stima delle persone che ci stanno vicine. Il bambino più piccolo è invece soggetto, quasi esclusivamente, al principio del piacere/dispiacere sensuale. Secondo Freud, il funzionamento mentale di base deve fare sempre i conti con il principio del piacere: l'insieme dell'attività psichica ha per scopo principale l'evitamento del dispiacere al fine di procurare e mantenere quanto ci dà piacere. Il pensiero del bambino piccolo funziona secondo quelle che Freud definiva le caratteristiche speciali del sistema Inc (Inconscio): "[1] l'esonazione dalla regola della contraddizione reciproca, [2] il processo primario (mobilità [della catexi, ovvero degli investimenti affettivi]), [3] l'assenza della temporalità e [4] la sostituzione della realtà esterna con la realtà psichica". Inoltre, nel bambino piccolo, non sono ancora ben definiti i confini tra il Sé e il resto del mondo, non esiste ancora la costanza d'oggetto, né il pensiero secondo il processo secondario. Per tutti questi motivi, la gratificazione delle urgenze del bambino non sono differibili. Il bambino molto piccolo raggiunge quindi l'identità di percezione mediante la realizzazione del desiderio che deve essere istantanea e "con ogni mezzo", a volte anche attraverso la *regressione*. Il sentimento di piacere è correlato alla reazione e all'eccitamento prodotto dall'aspettativa e dalla gratificazione dei bisogni. Il piacere si accompagna al rilassamento dalle tensioni che conseguono a stati di anticipazione o bisogni istintuali, creando un complesso di emozioni consensuali che accompagnano il mantenimento, l'acquisizione o l'aspettativa di quanto si ritiene grandemente desiderato: questo è quello che chiamiamo *benessere*. Il piacere sottolinea quindi il sentimento di soddisfacimento e di gratificazione, che passa da un'eccitazione dei sensi.

Sicurezza e benessere non sono quindi sinonimi: anche se usati spesso insieme, perché entrambi segnalano un abbattimento dello stato di tensione, il benessere conferisce alla persona degli stati d'animo dalle proprietà diverse rispetto ai sentimenti di sicurezza. Mentre il senso di sicurezza ci segnala il

buon funzionamento delle nostre relazioni in modo “tonico”, indicando uno status psicofisico e relazionale in genere più durevole e persistente, il sentimento di *benessere*, derivante dai sentimenti di piacere/dispiacere e della percezione introspettiva sui nostri funzionamenti corporei e psichici interni, è maggiormente correlato alle oscillazioni degli affetti, e pertanto ci segnala la presenza di uno stato “fasico” (cioè più immediato e transitorio) di alterazione dell’omeostasi dei nostri sentimenti. Spesso, quindi, il senso di benessere appare un fenomeno più passivo in quanto associato all’assenza di bisogni particolarmente urgenti. Il sentimento di sicurezza invece implica dei processi psichici più attivi per il suo raggiungimento e mantenimento.

LA REGOLAZIONE AFFETTIVA DELL’ATTIVITÀ PSICHICA

Il dolore psichico e il sentimento di sicurezza sono due fattori fondamentali nella regolazione omeostatica dell’affettività sia individuale, sia interpersonale. Le sensazioni di dolore psichico (o sofferenza psicologica), quanto la perdita di sicurezza, non possono essere provati dalla persona, per così dire, *allo stato puro*, anche perché non corrispondono a una percezione localizzabile o confinata ai sensi. Il dolore psichico, già quando viene *preconsciamente* percepito come una *minaccia* di sofferenza, evoca immediatamente delle risposte di difesa. I sentimenti di sicurezza possono essere comparati a una specie di “tono di fondo” sentimentale che, al pari del tono muscolare, può essere efficace oppure insufficiente; abitualmente il sistema percettivo regola il “tono della sicurezza” senza che questa miriade di aggiustamenti entri nella nostra consapevolezza cosciente. Il dolore psichico, pur essendo in un certo senso il generatore di tutta l’attività psichica, può essere percepito solo dopo che è avvenuta una sua collocazione in una qualche dimensione relazionale: ci sentiamo cioè “umiliati da...”, “imbarazzati per...”, “offesi da...”, “ci sentiamo in colpa per...”, “inferiori a...”, cioè sempre (consciamente o inconsciamente) per qualcosa o nei confronti di qualcuno, e pertanto soffriamo. Questi sentimenti, che fungono da sfondo per la nostra stabilità, si basano su una sommatoria di segnali affettivi e cognitivi che determinano il nostro stato attuale di benessere e sicurezza. Questi segnali affettivi si generano in sistemi inizialmente precostituiti nel cervello del bambino: questi sistemi (che Panksepp ha chiamato i *sistemi di comando delle emozioni di base*) “costituiscono nel loro insieme una sorta di impronta digitale emotiva, unica per ogni individuo, presente fin dalla nascita: il *temperamento*”³³⁵.

³³⁵ Panksepp, J. (1998), *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York. (p.139).

I sistemi di comando delle emozioni di base sono degli insiemi anatomico-funzionali, che sono preposti a regolare un specifico sistema motivazionale: si potrebbe dire che corrispondano alla visione contemporanea della *pulsione*. Panksepp avrebbe individuato in particolare un numero limitato di sistemi motivazionali (1) il sistema di ricerca (*seeking system*), (2) il sistema della rabbia (*rage system*), (3) il sistema della paura (*fear system*), (4) il sistema del piacere sessuale (*lust system*) (5) il sistema del panico (o dell'angoscia da separazione; *panic system*), con i suoi due sottosistemi (5a) del gioco (*play*) e (5b) dell'accudimento (*care*). Ciascuno di questi sistemi ha un'organizzazione neuroanatomica e neurotrasmettitoriale altamente specifica, preposta al controllo di una particolare emozione di base. Le emozioni (e i sistemi neuromotivazionali di base che le controllano) ci spingono quindi a un comportamento atto a minimizzare le fonti dolorose ed a incrementare le fonti di sicurezza.

Freud sosteneva che alla base del dolore psichico vi fosse il senso di *tensione*. Coerente al suo concetto di teoria pulsionale, il piacere corrisponde a un decremento della tensione, mentre il dispiacere a un suo incremento avvertito come ansia. Infatti il dolore fisico è *l'esperienza spiacevole che associamo primariamente a danni dei tessuti corporei*. Di fatto, in quanto esperienza, ogni dolore è sempre *anche* psicologico ed esprimerebbe una discrepanza fra uno stato effettivo attuale, dove il corpo viene percepito come danneggiato, disfunzionale o alterato, rispetto a uno stato ideale, in cui il corpo è ben funzionante e in stato di benessere. Questo stato ideale deriva dall'apprendimento attraverso le più precoci esperienze del bambino del proprio *schema corporeo*.

Il dolore da una parte e la perdita di sicurezza dall'altra, sollecitano, attraverso l'evocazione del segnale ansiogeno, come abbiamo visto nel capitolo precedente, delle reazioni difensive. Vi sono tuttavia più modi per cercare di fare fronte al dolore. Da una parte troviamo i meccanismi trasformativi, reattivi alla situazione ansiogene, che conseguono a un'attivazione motoria o mentale dell'individuo. Il tentativo di trasformare un'esperienza intollerabile può indirizzarsi nel cercare di modificare la realtà esterna o la realtà interna: in quest'ultimo caso si parla di difese psicologiche. L'ansia comporta uno stato mentale attivato, che mira a eliminare, o a modificare, secondo la legge dell'attacco-fuga, la fonte del dolore. Questi meccanismi trasformativi, generati dall'*ansia*, spingono l'individuo da un punto di vista motivazionale. Le spinte motivazionali portano poi il soggetto a cercare di manipolare l'ambiente (il mondo esterno) in modo da ricevere degli stimoli stabilizzanti e ripristinare delle percezioni rassicuranti (attualizzazioni esterne). Se la minaccia è interna (una fantasia, un sogno o un desiderio aggressivo, etc.), lo stato ansiogeno attivato agirà, modulando gli stimoli interni prima che giungano alla coscienza. Questa tecnica di controllo della percezione, da parte dell'apparato psichico attraverso le attualizzazioni interne, è tipica dei meccanismi di difesa.

Il secondo principale mezzo che l'individuo ha a disposizione per cercare di evitare il dolore, se non è possibile eliminarlo alla fonte, è cercare di ridurlo. La "reazione depressiva" può essere intesa come una specifica reazione di attutimento del dolore, un "sordina" affettiva che si basa anche sui substrati neurobiologici innati e quindi su processi presenti fin dalla nascita. Questo sistema di modulazione del dolore segue dei principi conservativi: se non si può eliminare la fonte del dolore, né è possibile allontanarla, almeno la si "congela" (Coen Pirani, 2007). La persona depressa si può considerare come "ibernata", analogamente alla modalità difensiva di alcuni microrganismi che si trasformano, in condizioni di gravi ristrettezze ambientali, in "spore", e riducono, fino a un limite tendente allo zero, il fabbisogno e il consumo metabolico. Nella persona depressa dominano i processi conservativi: impotenza, rassegnazione per mancanza di interessi, capitolazione della vita progettuale, congelamento dei conflitti e abdicazione rispetto ai propri ideali.

IL PRINCIPIO DI SICUREZZA

Il sentimento di *sicurezza* e le emozioni che derivano dalla minaccia di dolore costituiscono i due elementi fondamentali nella regolazione omeostatica, emotiva e cognitiva. Essi entrano in gioco in risposta a ogni tipo di turbativa innescata da conflitti tra i vari sistemi strutturali che compongono l'apparato psichico. Anche il principio di sicurezza è un principio conservativo e risponde alle esigenze di protezione rispetto ai traumi, ma anche di resistenza rispetto al cambiamento o ai mutamenti della crescita. L'obiettivo del principio di sicurezza è quello del raggiungimento e del mantenimento di uno stato ideale di funzionamento psichico. La funzione psichica che funge da principale "informatore" per i sentimenti di sicurezza è la *percezione*. La percezione è qui intesa come quella risultante funzionale di tutte le modalità sensoriali rivolte verso l'esterno e verso l'interno, nelle sue componenti sia conscie, che inconscie. Lo scopo principale per i processi percettivi è di preservare l'apparato psichico, l'individuo e il suo corpo da ogni esperienza traumatica o da ogni pericolo che derivi dal mondo esterno o da quello interno. La destabilizzazione evocata dall'esperienza traumatica sulle strutture dell'apparato psichico genera una risposta adattiva intrapsichica che tende a ripristinare, mediante una controforza eguale e contraria, un particolare equilibrio strutturale perduto in conseguenza al trauma. In fondo, il paziente che entra in analisi, non arriva mai con il programma di crescere o cambiare. In analisi, infatti è quasi una regola che il paziente si rivolga inizialmente alla terapia non per cambiare, bensì per ripristinare la situazione di equilibrio precedente alla destabilizzazione in atto, una situazione alla quale il paziente aspirerebbe, ma che, con le proprie risorse e mediante tentativi di attualizzazione interna o esterna, non è riuscito a ricostituire oppure che è un equilibrio in crisi, perché soggetto a conflitti.

La percezione del nostro stato psicologico è quindi altrettanto importante della nostra sensazione somatica. I recettori informano in modo inconscio il nostro corpo su uno stato posturale, in questo modo, noi non dobbiamo per forza essere sempre consapevoli della nostra postura, ad esempio, quando siamo in piedi e in equilibrio; quello che giunge alla coscienza è solo, se c'è, un occasionale divario tra la percezione effettiva e quella attesa. Non sempre questo equilibrio percettivo può essere raggiunto: abbiamo visto che una minaccia di dolore, di disintegrazione psichica, di danno tissutale genera dei segnali che vengono vissuti come ansia, o come un diminuito senso di sicurezza. In genere la percezione di ansia, se di grado elevato, provoca delle contromisure difensive. Queste misure protettive di difesa sono dei meccanismi che rientrano nelle *tecniche di controllo della percezione*. Le difese sono sostanzialmente dei meccanismi trasformativi delle percezioni provenienti dall'interno. I meccanismi di difesa sono dei meccanismi che agiscono sullo stato di coscienza, e su quell'intervallo di tempo in cui uno stimolo, prima di essere percepito coscientemente, può essere trasformato^{336, 337}.

Il controllo si rivolge anche alle percezioni che giungono dall'esterno e, in questo caso, il soggetto si adopera per esercitare una continua pressione comportamentale sull'ambiente circostante al fine di ottenere delle percezioni utili al ripristino di un dato livello di sicurezza. Nella teoria delle relazioni oggettuali abbiamo visto che quando un desiderio viene frustrato, l'individuo si scontra con una discrepanza fra ciò che egli desidera idealmente e un'immagine di sé attuale divergente e dolorosa. In questo senso il dolore è direttamente proporzionale alla distanza esistente fra queste due condizioni, quella attuale e quella desiderata. In neurofisiologia anche il comportamento motorio segue una legge analoga: secondo la *teoria della scarica corollaria* (o della copia efferente), nel sistema nervoso centrale, all'avvio di un movimento, di un'azione, si attivano dei segnali di codifica del piano del movimento³³⁸. Questo segnale fin dall'inizio si

³³⁶ Un neurofisiologo, Benjamin Libet, ha quantificato in 500 millisecondi il tempo che separa la rilevazione cerebrale dell'avvenuta percezione di uno stimolo e la sua percezione cosciente. Mezzo secondo è un tempo molto lungo nell'ambito dei fenomeni neuropsichici e, in questo intervallo trovano ampio spazio di manovra meccanismi inibitori o di attenuazione del segnale potenzialmente destabilizzante. I meccanismi di controllo della percezione possono pertanto agire in questa finestra temporale per trasformare un'esperienza prima che diventi dolorosa. Ogni meccanismo di difesa può essere pertanto visto come un tentativo di trasformazione dell'ansia da esperienza dolorosa in esperienza tollerabile che agisce quindi durante questo intervallo di tempo.

³³⁷ Libet, B. (2004) *Mind time. Il fattore temporale nella coscienza*. Milano: Raffaello Cortina editore.

³³⁸ Sperry, R.W. (1950) Neural basis of the spontaneous optokinetic response produced by visual inversion. *J. Comp. Physiological Psych*, 43: 482-489.

sdoppia, ossia una “copia” del programma motorio effettivamente si propaga dai centri alla periferia, ad esempio dal cervello ai muscoli della gamba perché compia un movimento coordinato di spostamento, come ad esempio un passo. Contemporaneamente un’altra “copia efferente” del piano d’azione (detta appunto *scarica corollaria*), viene inviata ai centri nervosi cerebrali deputati alla verifica e alla ricezione retroattiva dell’informazione propriocettiva, ovvero dei *feedback* sensoriali (provenienti dai muscoli e dalle articolazioni del piede e della gamba, nell’esempio della deambulazione) che ci informano su come è avvenuto il movimento. Il sistema nervoso centrale quindi manda contemporaneamente una copia del piano d’azione alla gamba e una al sistema centrale sensoriale *prima* che il movimento abbia luogo. La *scarica corollaria*, una volta compiuto il passo e quindi giunta l’informazione ai centri nervosi sensoriali, serve a valutare la corrispondenza tra la copia efferente del comando (che riflette l’*idea* del movimento) e quella afferente (dalla periferia agli arti che riflette l’esecuzione effettiva). Un passo risulta svolto armonicamente solo se i due segnali (la *scarica* di ritorno dalla periferia e la *scarica corollaria*) combaciano. Mutuando questo principio dalla neurobiologia potremmo speculare che questa dinamica del funzionamento potrebbe esprimersi anche in termini di sentimenti di sicurezza. Un’interferenza nel movimento (un ostacolo imprevisto alla deambulazione, una caduta) provoca un istantanea discordanza tra i segnali efferenti e afferenti: l’esito di questo atto è un senso di improvvisa *insicurezza*.

Le tecniche di controllo della percezione possono essere quindi classificate rispetto all’ambito in cui agiscono (interno o esterno) e modulate anche quantitativamente. È noto infatti che possiamo sottoinvestire percettivamente delle relazioni che sentiamo come pericolose. In questo modo è possibile anche interpretare alcune relazioni che vengono evitate, oppure il negativismo e la non collaborazione di certi pazienti in psicoanalisi. Allo stesso tempo è possibile anche avere delle esperienze di sovrainvestimento percettivo dove l’attenzione aumenta e si focalizza specificatamente su certe stimolazioni percettive. Questa può essere un’interpretazione dei movimenti stereotipati in alcuni individui autistici o psicotici. Nella catatonìa, ad esempio, la persona psicotica focalizza la propria percezione sull’immobilità fisica, quindi sulla limitatezza delle informazioni di ritorno alla percezione, se le informazioni dalla periferia (dai sensi) dovessero subire un incremento ella potrebbe andare incontro a crisi di panico, delle crisi a volte molto violente. Esempi di sovrainvestimento percettivo meno patologici li ritroviamo anche nell’utilizzo di portafortuna, nell’agire sulla base di superstizioni, ma anche nell’uso che il bambino fa del gioco preferito, della bambola o dell’orsetto, ossia dell’oggetto transizionale³³⁹.

³³⁹ Winnicott D.W. (1953) Transitional Objects and Transitional Phenomena, *Int. J. Of Psycho-Anal.*, 31, 1953; trad. it.: Oggetti transizionali e fenomeni transizionali, in: Dalla pediatria alla

Quando sussistono delle condizioni che mettono a rischio la strutturazione e l'omeostasi affettiva dell'individuo, l'apparato psichico tende a rimediare alla destabilizzazione in corso mediante le tecniche di controllo della percezione che agiscono dall'interno, agendo cioè sugli altri due strati della percezione (quello della ricezione degli stimoli e dell'immagazzinamento e memoria degli stimoli). Queste tecniche, operando sui meccanismi di selezione attenzionale, della consapevolezza cosciente e sulla memoria, possono essere estremamente efficaci. Anche qui tuttavia, e in modo variabile a seconda del livello di organizzazione evolutiva dell'individuo, emerge un variabile grado di distorsione rispetto alla realtà.

Sandler (1960, p. 17), nell'articolo già citato sul *background* di sicurezza, parla delle *tecniche di controllo della percezione* suddividendole in: “*metodi che comportano una modificazione dei processi percettivi all'interno dell'Io* (modificazione degli eccitamenti che vanno oltre la barriera protettiva esterna) e *metodi che comportano una deliberata manipolazione comportamentale del mondo esterno* tale per cui gli organi di senso ricevano stimolazioni diverse e alterate”. Parallelamente, vi sono fenomeni che sono invece determinati da un sovrainvestimento di determinate fonti di stimolazione che producono percezioni rassicuranti. Tali sovrainvestimenti possono essere associati a comportamenti regressivi, in modo particolarmente evidente in certe manifestazioni psicotiche quali le bizzarrie di postura e le stereotipie nel movimento che si riscontrano in certe forme di schizofrenia, cui possiamo forse aggiungere fenomeni quali l'ecolalia e l'ecoprassia. Esse emergono anche in alcuni fenomeni della vita quotidiana con l'uso di oggetti portafortuna o certi rituali scaramantici. Questi sintomi si possono almeno in parte intendere come tentativi di elevare il livello del sentimento di sicurezza stabilendo all'interno del frammentato mondo psicotico poche (ma sicure) fonti di percezioni stabili, consistenti in rappresentazioni integre di oggetti, di cose o di movimenti. L'aumento del livello del sentimento di sicurezza si produce quindi mediante il sovrainvestimento di percezioni residuali da un lato, e con il disinvestimento massiccio da quelle percezioni che aumentano l'insicurezza dall'altro. Gran parte del comportamento schizofrenico più bizzarro e regressivo riesce più comprensibile se consideriamo che si tratta di un disperato tentativo di trovare un' "isola di sicurezza percettiva" che, per quanto limitata, garantisca l'integrità psicologica della persona. Coloro che hanno familiarità con il modo in cui i bambini psicotici si aggrappano agli oggetti in loro possesso, oppure si nascondono negli angoli e sotto le coperte, o si impegnano in

psicoanalisi, Firenze: Martinelli, 1975.

movimenti stereotipati, saranno stati certamente impressionati dal panico che assale questi bambini quando si interferisce con questa ricerca di percezioni sicure (impedendo, per esempio, con la forza a un bambino l'esecuzione di un movimento ripetitivo). Nei pazienti catatonici, l'unica fonte di sicurezza può essere la costanza percettiva raggiunta mediante la completa immobilità. Alcune descrizioni del movimento dei pazienti catatonici ci permettono di capire che il problema non è limitabile all'aspetto motorio: *"sembrava che egli fosse in grado di muoversi solo dopo aver fatto consciamente mente locale a una serie di immagini mentali del proprio corpo"* oppure *"l'esecuzione di qualsiasi movimento che avvenisse senza concentrare in questo modo l'attenzione sull'atto motorio, citava nel paziente intensa paura"*. In questo senso risulta chiaro che la funzione psicologica complessa che chiamiamo *percezione* è al servizio del *principio di sicurezza*. Se la percezione non funziona in modo adeguato, come sembra appurato in questi pazienti catatonici, ove esisterebbe un'alterazione della capacità di organizzare in percetti l'esperienza sensoriale in modo efficiente e automatico, allora l'esperienza sensoriale, anche quella derivante dal movimento e dalla percezione stessa dell'atto motorio, comporterà una diminuzione della sicurezza. Passando da situazioni in cui le facoltà mentali sono gravemente compromesse a forme di sviluppo tipico è possibile rilevare che nel bambino oggetti familiari, costanti dell'ambiente, possono diventare carichi di uno speciale valore adattativo, in quanto sono più facilmente percepiti, nel linguaggio corrente diciamo che sono noti, riconoscibili o abituali per il bambino. L'assenza improvvisa di questi oggetti familiari rende difficile per il bambino mantenere il livello minimo di sentimento di sicurezza.

Abbiamo visto che, se vi è un decremento dei sentimenti di sicurezza, questi possono essere ripristinati mediante delle tecniche di controllo della percezione (ossia metodiche inconscie che agiscono all'interno o all'esterno della persona, preposte a diminuire l'angoscia e la probabilità di incorrere in un danno all'integrità psicologica e di provare dolore). Abbiamo visto che se le tecniche di controllo della percezione si realizzano mediante attualizzazioni dirette verso l'interno parliamo di *adattamento intrapsichico*, se si attuano mediante attualizzazioni dirette verso l'esterno, parliamo di *adattamento psichico interpersonale* (si tratta di un adattamento intrapsichico derivante da un accordo implicito tra due persone, o da un'induzione di ruolo). Quest'ultimo concetto è ancora diverso da quello di *adattamento sociale*: infatti mentre quest'ultimo porta un individuo a conformare le proprie caratteristiche alle condizioni ambientali vigenti, e un buon adattamento sociale implica in genere una buona conservazione dell'esame di realtà, l'*adattamento psichico* (intrapersonale o interpersonale) non è per forza sinonimo di buona integrazione sociale. Infatti, l'obiettivo dell'adattamento ottenuto mediante attualizzazioni dirette verso l'esterno non è quello di conformarsi all'ambiente sociale, quanto quello di ottenere da questo, attraverso fini o grossolane manipolazioni, una conferma narcisistica basata sulla ri-esperienza di percezioni che possono essere anche altamente disadattive; basti pen-

sare alla ricerca di esperienze dolorose del masochista o alle situazioni di alcune donne che reiterano esperienze di vita familiare di subita violenza, non riuscendo a separarsene.

INDUZIONE DI RUOLO E MANTENIMENTO DEL SENTIMENTO DI SICUREZZA

Alla base del conseguimento dell'adattamento psichico interpersonale, del benessere e della sicurezza, vi è l'*induzione di ruolo*. Questa tecnica di controllo della percezione sugli stimoli esterni agisce quindi sul primo strato dell'apparato percettivo descritto da Freud, ossia sullo strato esterno, di *protezione dagli stimoli*. La persona esercita una pressione sul suo ambiente extrapersonale per ottenere una gratificazione percettiva consona a una condizione rassicurante (sulla base di esperienze abitualmente stabilizzanti). Il comportamento attuato per ottenere questi rinforzi esterni varia, ovviamente, a seconda del grado di integrazione e differenziazione della persona, che induce questo tipo di pressione. Le persone più integrate con capacità comunicative più sofisticate utilizzano metodi più sottili di manipolazione e di persuasione dell'interlocutore, ad esempio, tramite modalità comunicative non verbali, che utilizzano il tono della voce e la gestualità corporea, che più facilmente convogliano degli aspetti emozionali che possono essere raccolti solo inconsciamente dall'interlocutore. Un'altra importante specificazione è che anche chi induce nell'altro un comportamento rassicurante non deve essere per forza cosciente della spinta motivazionale alla base di quel tentativo di induzione: nella maggior parte dei casi egli ne è inconsapevole. Persone che sono evolutivamente meno individuate utilizzano comportamenti più grossolani, inducendo risposte controtransferali anche molto intense, ad esempio, tramite l'uso strumentale di sintomi: si pensi alle risposte, in genere di accorato rigetto, evocate nei parenti del paziente ipocondriaco, oppure la risposta ansiogena del terapeuta alle minacce di suicidio del paziente con un livello di organizzazione evolutiva borderline. Per quanto agli occhi di un osservatore esterno, questi comportamenti possono essere visti come patologici, è bene ricordare che essi rappresentano, per l'individuo che induce queste risposte, grazie alle risorse strutturali di cui è dotato, la miglior soluzione adattativa per cercare di appagare con sufficienti ritorni in termini di sicurezza, le esigenze urgenti percepite nel particolare frangente di vita della persona. Hartmann soleva affermare che "*quello che appare come 'patologico' in una sezione trasversale del processo di sviluppo può, visto in una dimensione longitudinale, rappresentare la migliore soluzione possibile di un determinato conflitto infantile*"³⁴⁰.

³⁴⁰ Hartmann, H. (1954) Problems of infantile neurosis. In: Essays on Ego psychology. New York: International University Press.

Sono perciò comportamenti dettati dalla necessità di ridurre al minimo la probabilità di vivere una situazione traumatica, dolorosa perché ritenuta destabilizzante. Allo stesso tempo, gli stessi comportamenti attivano l'apparato psichico a mettere in atto tutti i presidi a disposizione per amplificare al massimo i sentimenti di sicurezza.

SVILUPPO INFANTILE E SENTIMENTI DI SICUREZZA

L'esplorazione del mondo espone il bambino a situazioni rischiose per la sua integrità psicofisica. Non ci si deve quindi sorprendere che la natura ci abbia fornito di un sistema di ripristino di una sufficiente condizione di *sicurezza*: il bambino progressivamente, con la propria maturazione, conferisce a un oggetto esterno il potere della propria sussistenza emotiva e corporea ("investe", potremmo dire, con il linguaggio dell'adulto) ed è soggetto alle turbolenze emotive quando si accorge che questo oggetto (la madre con la sue funzioni di cura e accudimento) non è presente proprio nel momento del bisogno. È proprio da queste attese e paventate ripercussioni affettive che il bambino incomincia ad adottare le prime, inizialmente del tutto automatiche ed inconsce, misure protettive atte al ripristino di un *sentimento di base di benessere e sicurezza*. Tutti questi processi sono ovviamente in modo strettamente dipendenti dalle dotazioni genetiche, biologiche e temperamentali che il bambino ha acquisito dal concepimento in poi. Il bambino che ha imparato attraverso la percezione, una sensazione gradevole, in sostanza desidera semplicemente risperimentare qualcosa che ha trovato gratificante e piacevole, e parimenti impara a tenere ben lontano da sé tutto ciò che ha sperimentato almeno una volta come spiacevole (o che gli è stato insegnato come pericoloso).

Fin dalla prima infanzia, a fronte di un problema, adottiamo quindi, in ogni momento, ai fini del ripristino di un sufficiente sentimento di benessere e di sicurezza, i rimedi che abbiamo avuto in dotazione o dalla natura o dall'esperienza. Tali modalità di risoluzione di conflitti sono i più svariati, ma possono essere tutti accomunati, dall'essere delle *ri-attualizzazioni*: il bambino cerca di ricreare, rendendole nuovamente "attuali", nel presente, delle soluzioni adattative memorizzate in associazione a una relazione percepita come rassicurante (parimenti potremmo dire che, al ripresentarsi di possibili relazioni associate a percezioni sgradevoli e minacciose, il bambino cerca di ricreare – attualizzare – le condizioni minime e sufficienti per ripristinare una sensazione di benessere e sicurezza, allontanandosi dalla fonte di malessere). Nel capitolo precedente, abbiamo descritto la via trasformativa del dolore, a partire da urgenze perentorie date dall'insicurezza, e dall'ansia. Questa via si svolge secondo le diverse modalità di manifestarsi dei *meccanismi di difesa*, o attraverso le attualizzazioni conseguite mediante l'*induzione di ruolo*. Nei paragrafi che seguono ci occuperemo

mo della cosiddetta *via conservativa rispetto all'esperienza dolorosa*, la via che si dipana attraverso i vissuti della *depressione*.

DEPRESSIONE COME SINTOMO

Il termine di *depressione* racchiude in sé molteplici significati. Tipicamente per depressione si intende un quadro clinico patologico. Il quadro clinico della depressione è stato descritto splendidamente da Freud nel suo scritto *Lutto e Melanconia*³⁴¹ dove egli sostiene che “*la melanconia è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scoramento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilitamento del sentimento di sé e si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione*”. In questo scritto Freud paragona la depressione a quanto vissuto dalla persona in lutto: nel lutto si trovano tutti i sintomi sopra descritti *tranne* il senso di svilimento del sentimento del sé. Avremo modo di soffermarci più avanti su questo aspetto distintivo.

Il “sintomo depressione” è l'espressione psicobiologica di un'elaborazione del dolore indipendentemente dal livello di organizzazione evolutiva dell'individuo. Il fallimento delle difese date dall'ansia, e l'impossibilità di attuare, in modo soddisfacente in termini di adattamento intrapsichico, un ripristino di un sentimento di benessere e sicurezza mediante ad esempio una regressione, comporta una sintomatologia depressiva. L'elemento semeiologico elementare della depressione consiste nell'abbattimento dell'umore: la persona si presenta triste. La seconda caratteristica importante è una sorta di *generalizzata inibizione*, un freno, o rallentamento, dei processi psichici e dell'ideazione, che riduce il campo della coscienza e degli interessi. Un altro sintomo della depressione è costituito da quello che Ey e colleghi³⁴² chiamano *dolore morale*, e si esprime in forma di disprezzo di sé, che può evolvere in autoaccusa, autopunizione e in sentimenti di colpa. È comune una stanchezza marcata anche dopo minimo sforzo, alla tristezza si accompagnano l'incapacità di provare piacere (anedonia), la riduzione dell'energia con aumentata affaticabilità (*abulia*)³⁴³ e riduzione o mancanza di reazioni affettive con indifferenza nei confronti della realtà ester-

³⁴¹ Freud S. (1915) *Lutto e melanconia*. OSF. Vol. 8, pp. 102-118.

³⁴² Ey, H., Bertrand, P., e Brisset C. (1960) *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson. Tr.it. Manuale di Psichiatria (IV edizione), 1998. Milano: Masson.

³⁴³ L'*abulia* è l'incapacità di intraprendere e di portare avanti attività finalizzate. Quando è abbastanza grave da essere considerata patologica, l'*abulia* risulta pervasiva, e impedisce alla persona di portare a compimento molti diversi tipi di attività (per es., lavoro, interessi intellettuali, cura di sé).

na (apatia). Altri sintomi che usualmente sono presenti sono: la riduzione dell'attenzione e della concentrazione, la riduzione dell'autostima della fiducia in sé, i sensi di colpa, una visione pessimistica del futuro, le idee o gli atti di auto-aggressività o di suicidio, i disturbi del sonno e dell'appetito. Ad alcuni di questi sintomi viene attribuito il significato di *sintomi biologici*, in particolare al peggioramento mattutino, al rallentamento psicomotorio o all'agitazione, alla marcata perdita dell'appetito, alla perdita di peso o alla riduzione della libido.

IL PUNTO DI VISTA DI FREUD SULLA DEPRESSIONE

Freud paragona lo stato del lutto a quello della melanconia³⁴⁴ facendo emergere similarità e differenze tra i due stati psichici. Il lutto è una "inevitabile reazione alla perdita di una persona amata o di una astrazione che ne ha preso il posto: la patria, la libertà, un ideale". Questo stato mentale non è però considerato come patologico: dopo la morte di una persona amata tutti comprendono cosa stia alla base del comportamento e nessuno propone alla persona che ha subito un lutto di iniziare a curarsi. Il lavoro psichico che sta alla base del lutto consiste nel rendersi conto che la persona amata non c'è più ed è quindi necessario cominciare a ritirare da quell'oggetto la libido. Contro questo ritiro si determina però una potente avversione che può essere talmente intensa da sfociare in un estraniamento dalla realtà. Nel lutto, i ricordi, le aspettative, i desideri rivolti alla persona deceduta vengono sempre evocati ma i dati di realtà (che dicono al soggetto in lutto che la persona non c'è più) progressivamente vengono tenuti in considerazione e poco alla volta può avvenire il distacco.

Lutto e melanconia presentano, quindi, caratteristiche simili ad eccezione di una: il *disturbo del sentimento del sé*. Se nel lutto ciò che si impoverisce è il mondo esterno dal quale viene ritirata la libido, nella melanconia è l'Io a impoverirsi. Il malinconico, infatti, tende a rivolgere a se stesso autocritiche, rimproveri e punizioni. Secondo la prospettiva freudiana, lo svuotamento e l'impoverimento dell'Io (oggi diremmo del Sé) è determinato da un processo che porta la libido a ritirarsi dall'oggetto amato a causa di una delusione o mortificazione subita. Questi eventi però non determinano un normale spostamento della libido su

³⁴⁴ All'epoca di Freud la depressione veniva chiamata *melanconia* (o melancolia), un termine la cui etimologia deriva dal greco *melancholía*, composto di *mélas*, *mélanos*, "nero", e *cholé*, "bile", quindi: "bile nera". Gli antichi Greci, da Ippocrate in poi, ritenevano infatti che i caratteri umani e, di conseguenza, i loro comportamenti, fossero frutto della varia combinazione dei quattro umori base, ovvero la *bile nera* (depresso), la *bile gialla* (collerico), il *flegma* (o linfa, da cui il tipo flemmatico, controllato, dove prevale la tendenza alla pigrizia e alla vita vegetativa) ed infine il *sangue* (da cui tipo sanguigno, caratterizzato da elevata sensibilità agli stimoli esterni e da scarsa costanza).

un nuovo oggetto ma il disinvestimento dall'oggetto, dove la libido ritorna verso il Sé, provocando nel soggetto un'identificazione con l'oggetto abbandonato. Secondo Freud, l'insufficiente separazione da un oggetto comporta quindi che venga trascurato il dato di realtà della perdita dell'oggetto a favore del mantenimento dell'oggetto nella realtà interna. Secondo Freud, pertanto, l'oggetto perduto viene concretamente collocato dentro di sé al fine di preservarlo e mantenerlo, mediante un meccanismo di introiezione. Al contempo la persona sviluppa, proprio per l'avvenuto trasferimento dell'oggetto perduto dentro il sé, un intenso *conflitto di ambivalenza*, dove sperimenta gli stessi sentimenti di amore e odio nutriti verso l'oggetto perduto. Solo che ora avvengono tutti dentro il Sé. Il soggetto depresso conserva a ogni costo l'oggetto amato dentro di sé e al contempo, come ogni amante tradito e abbandonato desidererebbe fare, gli rimane vicino per "bastonarlo di santa ragione"³⁴⁵.

In questo modo, secondo Freud, la perdita dell'oggetto si trasforma in un indebolimento di una parte del Sé. Alla base di questa condizione ci sarebbe un *investimento oggettuale di tipo narcisistico*. Freud spiega in questi termini l'avvilimento del malinconico di fronte alle difficoltà: "così l'investimento oggettuale può regredire al narcisismo quando l'Io incontra delle difficoltà". La melanconia può essere, infatti, la risposta a vissuti che portano il soggetto a esperire delusione, sconforto e mortificazione. L'Io tenderebbe ad evitare o reagire di fronte ad una situazione di dispiacere e angoscia attraverso una tendenza alla regressione che consentirebbe all'Io di evitare di far fronte a questo tipo di situazioni. Il ritiro nella condizione di depressione consentirebbe di esprimere indirettamente la propria ostilità verso gli oggetti amati che sarebbe impossibile e intollerabile esprimere direttamente. Le autocritiche e le autopunizioni espresse dal soggetto depresso sarebbero mascheramenti di un attacco rivolto verso l'oggetto d'amore. Freud propone l'esempio di una donna che apparentemente lamenta, con grande frequenza, la sfortuna del marito di stare con una persona tanto meschina quanto lei. L'analisi di questi continui attacchi a sé ha fatto emergere che le critiche non erano rivolte alla propria persona ma indirizzate, in modo mascherato, proprio verso l'oggetto d'amore, il marito. In questo senso il conflitto, che si osserva nel melanconico, deriva da un *sentimento di ambivalenza* di amore e odio nei confronti dell'oggetto (in questo caso il marito). L'investimento amoroso del melanconico per il suo oggetto incorre da una parte all'identificazione e dall'altra alla "distruzione" e "punizione" dell'oggetto stesso.

Cosa rende una persona predisposta ad ammalarsi di melanconia? Le osservazioni fatte sui pazienti indussero Freud ad ipotizzare che il melanconico incorpori l'oggetto d'amore secondo modalità proprie della relazione oggettuale di tipo narcisistico cui è fissato e a cui è regredito. La persona depressa riverse-

³⁴⁵ Coen Pirani (2007).

rebbe contro se stesso, identificato con l'oggetto, l'odio che prova verso la persona amata, manifestando così il suo conflitto d'ambivalenza. Emergerebbero in questo modo le importanti fissazioni allo stile di relazione orale e anale che costituiscono per Freud il fattore predisponente allo sviluppo della patologia melanconica. Nella visione freudiana, quindi, la depressione viene identificata come un problema dell'individuo con i suoi oggetti interni (una persona cara, uno status sociale, un ideale, tutti intesi come oggetti da raggiungere). La perdita di uno di questo "oggetti" comporta l'emergere della natura ambivalente di questo rapporto. Se la persona non ha potuto compiere in modo sufficiente un percorso di separazione e individuazione, quello che accade nel suo mondo interno, segue questa sequenza: (1) il soggetto per la sua condizione di insufficiente separatezza dall'oggetto è impossibilitato a compiere l'elaborazione del lutto (innescato dal distacco dall'oggetto perduto). Questo impedimento strumentale (2) impedisce al Sé di risolvere la relazione con l'oggetto perduto, in quanto esso, pur non essendo più presente nella realtà esterna, permane nella fantasia e nella realtà interna. Secondo Freud, quindi, l'oggetto perduto continua a vivere nella persona depressa. Questa operazione di *introiezione* non è senza dei costi, anche molto onerosi. A questo punto, l'oggetto perduto (3) rivela al soggetto la propria appartenenza all'odiata realtà esterna, indifferente al nostro controllo onnipotente. Pertanto, secondo Freud, la patogenesi della depressione nasce dalla paradossale situazione di voler preservare (dentro di sé), ad ogni costo, l'oggetto perduto. Il tenere in vita una relazione non più remunerativa con un oggetto esistente solo nel mondo interno, e pertanto in una relazione arricchente solo nella fantasia ma poco proficua in termini di rifornimenti narcisistici. Il soggetto si scontra quindi con tutta la rabbia e la delusione che questa operazione comporta. Il conflitto tra l'Sé e l'oggetto amato si trasforma così in un conflitto tra aspetti critici dell'Io (Super-Io) e l'Io, innescando i continui auto-rimproveri del melanconico: il soggetto, anche se furioso, mantiene vicino a sé l'oggetto che ama, riversandogli al tempo stesso l'amore ma anche tutta la frustrazione, l'odio e la rabbia per l'abbandono o la delusione subiti. Il problema della depressione si origina quindi, secondo Freud, da questa confusione di base tra il Sé e l'oggetto: quando l'oggetto viene perduto, la mancanza di separatezza tra sé e oggetto nel mondo interno della persona comporta che i sentimenti ambivalenti si rivolgano verso il Sé.

Il punto di vista di Freud ci permette di riflettere su alcuni punti fondamentali per comprendere il meccanismo della depressione: 1) l'oggetto d'amore e la relazione con esso sono molto importanti nello stabilire un equilibrio e una stabilità dell'Io e 2) una perturbazione della relazione oggettuale può essere una possibile fonte di dolore che porta alla manifestazione della depressione. La depressione centrata prevalentemente su meccanismi introiettivi e sulla relazione con l'oggetto va sotto il nome di *depressione di tipo introiettivo*. Vedremo come la depressione centrata prevalentemente sui sentimenti intorno al Sé (in-

dicata anche come *depressione anaclitica*), può essere annoverata tra i disturbi narcisistici, la cui genesi va ricercata in uno stato di perenne precarietà di rifornimenti narcisistici e in una discrepanza rispetto a uno stato ideale del Sé³⁴⁶.

DEPRESSIONE: UNA REAZIONE AL DOLORE PRESENTE A OGNI LIVELLO EVOLUTIVO

Per Freud la depressione ha in comune con il lutto la perdita dell'oggetto amato, può trattarsi di una persona cara, o di un oggetto interno, ma può riguardare anche la perdita di aspirazioni o di ideali. Quello che accomuna il lutto e la melanconia è anche la perdita di interesse per la vita di relazione e della capacità di autodeterminarsi, di scegliere. La differenza principale tra il lutto e la depressione è che, in quest'ultima, la perdita è inconscia, in quanto un conflitto doloroso rende inaccessibile alla coscienza del depresso la natura di ciò che si è effettivamente perduto. Se nella depressione l'apparato psichico si trova in stallo, nel lutto vi è invece una ingente quota di *lavoro psichico*: l'esito favorevole di questo lavoro nel lutto (ovvero nella direzione dell'accettazione e del cambiamento della realtà) dipende dalla struttura e dal livello di organizzazione evolutiva raggiunta dall'individuo. Il lutto implica che il soggetto progressivamente venga a patti con l'esperienza dolorosa e che, poco alla volta, grazie alle nuove strutture maturate nel lavoro stesso, abbia meno necessità di ricorrere ai meccanismi di difesa più primitivi e alla coazione a ripetere di tipo conservativo propria del processo primario. Il lavoro del lutto è dato quindi fondamentalmente da una lotta accesa contro se stessi, che consiste nella riedizione in forma dolorosa del conflitto tra il processo primario di pensiero (che tenderebbe a negare l'assenza e la perdita dell'oggetto) e i processi secondari (che quotidianamente ricordano alla persona che l'oggetto non è a disposizione a suo piacimento). L'esito di questa lotta non è scontato e dipende sia dallo sviluppo che ha avuto per l'individuo il processo di individuazione e separazione (in ultima analisi, dalla relazione e dal dialogo interno con i propri oggetti), sia ovviamente dalla possibilità di avere (e accettare) un aiuto dal mondo esterno (una famiglia supportiva o una psicoterapia). Il processo primario, quale conseguenza del ritiro narcisistico e della regressione, rimane sempre presente in una certa misura anche nella condizione di lutto e tende a far sì che il soggetto abbandoni con fatica le modalità di gratificazione proprie del bambino piccolo, per lasciare il posto al funzionamento secondo il principio di realtà. Se il processo del lutto si inceppa, si instaura il circolo vizioso della depressione.

³⁴⁶ Blatt, S.J. (1974) Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic studies of the Child*, 24: 107-157.

Freud, ne *“L’Io e l’Es”*, definisce il concetto di Super-io quale prodotto delle identificazioni genitoriali, lo considera l’erede del periodo edipico con la sua viva e, a volte violenta, conflittualità. McWilliams afferma che *“l’identificazione con il genitore dello stesso sesso, per mezzo della quale, secondo Freud, si conclude il periodo edipico, è fondamentalmente una identificazione con l’aggressore, sebbene nelle situazioni familiari sane l’aggressività non appartenga al genitore ma sia prevalentemente una conseguenza delle proiezioni del bambino”* (p. 136)³⁴⁷. Il Super-io pertanto diventa, per la persona in lutto, come per il bambino alle soglie della genitalità, un sostituto dell’oggetto perduto introiettato che perseguita il soggetto. Secondo Freud, la persecuzione data dall’oggetto introiettato viene mitigata dall’amore e dalle attenzioni dell’oggetto esterno. Il lutto, generato dalla perdita di una persona cara toglie al soggetto questa fonte di attenuazione proveniente dall’oggetto esterno: in questo modo si amplificano le tendenze di rivendicazione e le autoaccuse, rivolte al Sé, derivate dall’atteggiamento punitivo e sanzionatorio del Super-io. Quindi mentre Freud in *Lutto e melanconia* afferma che nella depressione, dopo la perdita, *“l’ombra dell’oggetto cadde così sull’Io”*, ne *L’Io e l’Es* completa il concetto di modo che *l’ombra dell’oggetto* (perduto che fa mancare, con la sua assenza, la sua funzione mitigante) *è caduta sul Super-io* (che diventa quindi abnormemente persecutorio)³⁴⁸.

LA REAZIONE MANIACALE

La maniacalità rappresenta l’altra faccia della depressione. Il quadro dello stato maniacale è noto: vi è un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile, accompagnato in genere da un’autostima ipertrofica o un senso di grandiosità riferito alla propria persona, spesso con un senso di elevata energia interiore che si accompagna con un ridotto bisogno di sonno. Frequentemente è possibile osservare logorrea, fuga delle idee, distraibilità, aumento del coinvolgimento in attività finalizzate, che non tengono troppo conto delle possibili conseguenze rischiose per sé o per gli altri; vi è agitazione psicomotoria, ed eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con un alto potenziale di rischio (gioco d’azzardo, acquisti inusitati, etc.). Le persone con personalità di tipo maniacale (o ipomaniacale) hanno un’organizzazione essenzialmente depressiva, solo che la tendenza alla tristezza della persona depressa (che, al

³⁴⁷ McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press. Trad. It. *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

³⁴⁸ Coen Pirani P. (2007) Rileggendo *“Lutto e Melanconia”*: riflessioni sul dolore e sul lavoro psichico nella clinica psicoanalitica. *Relazione tenuta al Convegno per il 39° anno accademico del Centro Studi di Psicoterapia di Via Ariosto 6, Milano: 21 settembre 2007.*

contrario, si considera “*alla mercè del mondo*” o “*causa dei mali di tutti*”) sono, nella persona in stato maniacale, neutralizzati dalla difesa del *diniego*. Le tendenze depressive si trasformano così nel loro contrario: sentimenti di sconfitta totali si trasformano nell’euforia di un’inesistente vittoria. La persona soggettivamente sente il sollievo di non dover dipendere più dai propri oggetti perduti, si sente euforico in quanto percepisce di non aver alcun bisogno, con un senso “*di aver vinto su tutti i propri conflitti*” e semmai indirizza il proprio vigore nel fare il proprio bene e quello di “*tutti*”. Le difese tipicamente maniacali o ipomaniacali sono quindi il *diniego* (fondamentalmente della dipendenza) e l’*acting out*³⁴⁹. Il timore latente degli individui maniacali consiste, se smettono di attivarsi, ovvero cessano di impegnarsi in modo altalenante in esagerati progetti “*creativi*”, nella possibilità di disintegrarsi, temono cioè inconsciamente una frammentazione della propria integrità psicologica individuale. Come nella depressione, anche la maniacalità è una modalità di gestione dell’esperienza dolorosa ove le persone preferiscono qualunque tipo di attività, pur di essere distratti dalla sofferenza emotiva. I soggetti con disturbo grave, più vicino a uno stato psicotico, possono utilizzare anche la difesa del *controllo onnipotente*: essi si sentono invulnerabili, immortali o sicuri del successo di qualche progetto grandioso. Essi vivono ogni giorno confermando una convinzione molto diffusa nella società odierna centrata sul rendimento, sui risultati lavorativi e sull’azione, dove se “*non faccio, non esisto*”, dove l’azione conta più del pensare.

DEPRESSIONE COME UNA TAPPA ESSENZIALE DELLO SVILUPPO (IL PUNTO DI VISTA DI MELANIE KLEIN)

Passando dall’opera freudiana a quella dei suoi successori emergono degli sviluppi teorici rispetto alla depressione. Melanie Klein ha descritto la depressione come una precoce posizione tipica dello sviluppo del bambino, successiva alla *posizione schizo-paranoide*³⁵⁰. Il vissuto di depressione seguirebbe questa fase pervasa da *angoscia paranoide* (cioè l’ansia che deriva dal sentirsi perseguitato, e che la propria sopravvivenza stessa è in pericolo) e nella quale le difese utilizzate a fronte delle paure sono prevalentemente primitive (in particolare, il *diniego* e la *scissione*). Si parla di funzionamento scisso quando le persone o gli

³⁴⁹ La *persona ipomaniacale* è caratterizzata da una tendenza a umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che è chiaramente diverso dall’umore abituale, anche se detta alterazione timica non è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione in ambito lavorativo o sociale.

³⁵⁰ Klein, M. (1935). *Psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*. In *Scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.

eventi sono vissuti in termini affettivamente estremi, come oggetti idealizzati (irrealisticamente positivi, o buoni) o come persecutori (irrealisticamente crudeli, o cattivi). Secondo la Klein, in quella fase dello sviluppo del bambino piccolo che ella chiama *posizione depressiva*, emerge una nuova relazione tra soggetto e oggetto oltre a cambiamenti nella struttura dell'Io. Dalla relazione con *oggetti parziali* (buoni o cattivi) si passa alla relazione con *oggetti totali* che hanno sia caratteristiche buone che cattive. Emergono sentimenti di compartecipazione emotiva per l'altro e si hanno le prime avvisaglie di un *conflitto di ambivalenza*, della capacità di provare rimorso per quello che viene avvertito come un danno arrecato, dal Sé frustrato e in collera, alla persona o alle persone amate. Il riconoscimento di questa dinamica suscita sentimenti di *colpa* e il desiderio di ovviare al danno attraverso la *riparazione*. Queste reazioni possono aver luogo solo nel momento in cui si comincia a concepire l'altro come separato da sé. Secondo la Klein la posizione depressiva sarebbe quindi, non una perturbazione dei legami con l'oggetto, ma una raggiunta maturità relazionale dell'Io. La Klein chiama le condizioni psichiche con queste caratteristiche, *posizioni*, e non fasi, per sottolineare che si tratta di due stati mentali, presenti in alternanza quasi dalla nascita, oppure molto precocemente nel neonato, che poi si avvicenderebbero per tutta la vita dell'uomo, in una proporzione variabile a seconda delle vicissitudini dello sviluppo infantile e della metabolizzazione delle esperienze da parte del bambino. La proposta teorica della Klein vede nel dolore depressivo una condizione necessaria, una via da percorrere al fine di raggiungere nuovi livelli di maturità. La posizione depressiva, emergente secondo la Klein nei primissimi mesi, è un momento costitutivo che fa da spartiacque tra la possibilità di uno sviluppo armonico o di una devianza verso la psicosi. Nel pensiero kleiniano rimangono distinte forme di depressione franca (patologica) dalla posizione depressiva, dove quest'ultima non ha una connotazione patologica. Secondo la Klein, è proprio il mancato compimento dei processi necessari per elaborare la posizione depressiva che predispongono allo sviluppo melancolico.

ALTRI PUNTI DI VISTA SULLA DEPRESSIONE

Circa 10 anni dopo le teorizzazioni della Klein, Renè Spitz³⁵¹, un altro psicoanalista che si è occupato di sviluppo, descrive una forma di depressione nei bambini durante il primo anno di vita: la *depressione anaclitica*³⁵². Questo stato emer-

³⁵¹ Spitz, R.A. (1945). Hospitalism - An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.

³⁵² Il termine di "*depressione anaclitica*" può essere fuorviante visto che Freud ne parla nella nota opera "Introduzione al narcisismo" del 1914. Qui egli ne parla a proposito della scelta ogget-

gerebbe a fronte di forme gravi di deprivazione affettiva. La teoria di Spitz si basa sull'osservazione di bambini che vivevano negli orfanotrofi negli anni dopo la seconda guerra mondiale, dove il personale era troppo carente per prendersi cura di loro in modo specifico. Questo psicanalista fu il primo a descrivere i comportamenti di quei bambini che, per vari motivi, provenivano da una lunga separazione affettiva dalla persona che si prendeva cura di loro, e che non avevano trovato un valido sostituto. I bambini che nei primi sei mesi di vita erano costretti ad una situazione di parziale deprivazione mostravano nel secondo semestre l'emergenza di una sintomatologia caratterizzata da scarsa tendenza al pianto con comportamento di ritiro e indifferenza verso l'ambiente (della durata di due o tre mesi), perdita di peso, aumento della suscettibilità a contrarre infezioni, rallentamento dello sviluppo psicologico e intellettuale, progressiva assunzione di un'espressione distaccata in sostituzione a quella lamentosa, tendenza all'inattività, espressione del volto congelata come se non si accorgessero di ciò che accade intorno e un isolamento da ogni contatto umano progressivamente sempre più intenso. In sostanza la vitalità di questi bambini si mutava progressivamente in depressione. Spitz riteneva che, sebbene il bambino molto piccolo non avesse ancora sviluppato un Super-Io, egli disponesse di un Io nascente che gli permetteva di manifestare depressione. Spitz, comunque, sottolineava che, a causa delle differenze qualitative delle strutture psichiche del bambino, la depressione infantile è differente da quella manifestata dagli adulti.

Confrontando i diversi approcci teorici ci accorgiamo di come prospettive differenti facciano emergere delle differenze sostanziali nelle analisi teoriche riguardanti la depressione. Se, sia Freud che Spitz, vedono la risposta depressiva come reazione ad una perturbazione nella relazione d'oggetto, i due autori tuttavia differiscono nella prospettiva da cui osservano tale stato. Spitz osserva la depressione nei bambini, Freud ipotizza degli accadimenti psichici avvenuti durante l'infanzia alla luce dello stato mentale del paziente adulto. Abbiamo visto come una prospettiva ancora diversa viene adottata dalla Klein: lo sperimentare sentimenti depressivi sarebbe indice di uno stato più evoluto della relazione oggettuale tipico di una raggiunta maturità relazionale. Mentre nelle teorizzazioni di Freud e Spitz la depressione ha un'accezione patologica, Klein ne sottolinea anche il valore evolutivo e adattivo introducendo l'ipotesi che, al-

tuale, differenziandola in scelta di tipo narcisistico e scelta oggettuale di tipo anaclitico. La prima si riferisce a una scelta dell'oggetto (del partner, ad esempio) fatta sulla base di aspetti del sé investiti affettivamente. La scelta su base anaclitica ("per appoggio") si riferisce a una scelta dell'oggetto sulla base della persona che lo ha accudito (la madre prevalentemente, ma anche il padre). La definizione di depressione anaclitica può confondere in quanto essa deriva eziopatogeneticamente da gravi deprivazioni dell'"oggetto d'appoggio", infondendo conseguentemente nel soggetto una fragilità strutturale di base, dove la sua integrità si fonda su difese di carattere narcisistico (diniego, idealizzazione, svalutazione, proiezione, etc.).

meno in qualche momento dello sviluppo del bambino, essa abbia un valore evolutivo necessario.

Importanti contributi sulla patogenesi della reazione depressiva sono quelli provenienti da Abraham³⁵³. Questo studioso è stato il primo autore a delineare il quadro della depressione ma anche a supporre l'ipotesi che in taluni casi la depressione non sarebbe tanto un problema primario con l'oggetto quanto piuttosto un disturbo centrato sul Sé. Secondo Abraham il soggetto depresso dice che si odia e/o pensa di non valere niente in quanto *incapace di amare*, e pertanto odia il Sé nella sua inadeguatezza. Edoardo Weiss invece è stato il primo psicoanalista a ipotizzare, nello studio della depressione semplice non malinconica, la depressione come una misura difensiva³⁵⁴. Tale connotazione secondo Engel e Reichsman potrebbe anche essere di natura psicobiologica ovvero, in una prospettiva evuzionistica, espressione di un pattern passivo-conservativo connotato alla natura umana, dal significato adattativo³⁵⁵. Il cucciolo separato dal branco, infatti, inizialmente è maggiormente avvantaggiato da sistemi che, attraverso il comportamento della vocalizzazione, del pianto e delle urla di protesta, aumentano le sue probabilità che la madre lo ritrovi. Tuttavia se questo comportamento permane troppo a lungo, o il branco è troppo lontano, il persistere di questo comportamento attivo così vivace porterebbe ad un aumento delle probabilità di essere trovato da altri animali, magari anche quelli "non ben intenzionati". Pertanto l'evoluzione ci ha fornito di sistemi di comando delle emozioni di base che portano a un'ibernazione comportamentale: sono questi i sistemi che ci deprimono.

Bibring, in un suo importante scritto del 1953, ha definito la depressione come un disturbo di uno stato affettivo primario, non tanto di origine pulsionale, quanto relativo a una funzione dell'Io, l'*autostima*³⁵⁶. In questo caso il collasso dell'Io, presente nella depressione, deriverebbe da un'incapacità di vivere secondo delle aspirazioni ideali che sono fortemente mantenute secondo la modalità, già ipotizzata da Abraham, "*Io mi odio perché mi sento inadeguato*". In questo caso, la depressione, per quanto intensamente disadattiva e dolorosa possa essere, rappresenterebbe sempre una soluzione più accettabile dell'annientamento psicologico, almeno fino a che non sia accessibile una soluzione alternativa di vita. In questo senso, la risoluzione del processo depressivo potrebbe derivare: o (1)

³⁵³ Abraham K. (1912). Note per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia manico-depressiva e di stati affini. In *Opere* Vol I. Torino: Boringhieri, 1975.

³⁵⁴ Weiss E. (1944). Clinical aspects of depression. *Psychoanalytic Quarterly*, 13: 445-461.

³⁵⁵ Engel L.G., Reichsman F. (1956). Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with a gastric fistula. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 428-452.

³⁵⁶ Bibring E. (1953). The mechanism of depression. In *Affective Disorders*. New York: International Universities Press. Trad. It.: Il meccanismo della depressione. In *Il significato della disperazione*, a cura di W. Gaylin. Roma: Astrolabio, 1973.

da un recupero, dato da favorevoli condizioni che influenzano la forza dell'Io; (2) dal conseguimento delle mete, delle aspirazioni e degli ideali che l'individuo si era preposto e che dava per perse; (3) da un abbandono delle mete irraggiungibili ideali e in una loro trasformazione in progetti e mete più realizzabili; (4) un riutilizzo di difese diverse (non per forza più adattive) o infine (5) dall'instaurarsi di una condizione di consolidato impoverimento della vita psichica, cognitiva ed emozionale dell'individuo, dove le mete ideali vengono abbandonate ed evitate e pertanto il conflitto "congelato" nella depressione viene evitato e lasciato dietro le spalle irrisolto. In questo caso si configura quella condizione strutturata denominata "restrizione dell'Io" dove ogni crescita in un'area specifica della vita affettiva o sociale dell'individuo si atrofizza in modo definitivo³⁵⁷. Pertanto Bibring è stato il primo a intravedere il problema della depressione come un problema relativo alle aspirazioni e alle convinzioni dell'Io, connesso ai sentimenti di autostima, che si ripercuotono costantemente sul rapporto tra Sé e il mondo esterno. In questo caso secondo Bibring (a) l'autostima normale corrisponderebbe a una crescita armonica, (b) una autostima esaltata allo sviluppo di una sintomatologia maniacale, (c) l'autostima minacciata corrisponde allo stato di ansia, (d) mentre l'autostima distrutta corrisponde alla depressione.

LA RESTRIZIONE DELL'IO

La restrizione dell'Io descritta corrisponde a un particolare processo adattativo il cui esito comportamentale consiste nella riduzione delle attività in importanti aree della vita psichica (come diceva Freud, dell'amare e/o del lavorare). Anna Freud lo descrive tra i processi difensivi, ma gli esiti di questo restringimento funzionale, nelle sue forme più precoci durante lo sviluppo, possono essere pervasivi, e comportare un'irreversibile riduzione o ridimensionamento dei valori e delle mete ideali, attuato allo scopo di evitare e ridurre il dolore psichico generato dall'esistenza stessa di questi valori, ritenuti irraggiungibili. La persona rinuncia al Sé ideale e si adatta *infelicemente*, adagiandosi su di un Sé attuale poco incline alla crescita. La *restrizione dell'Io* corrisponde, quindi, all'esito di una strutturazione duratura della persona, ove l'evitamento di sentimenti destabilizzanti in importanti aree dello psichismo, si è consolidato, diventando una specie di atrofia dei sentimenti (e dei valori attribuiti agli ideali). La persona si coarta sullo *stato attuale del Sé*, e cessa pertanto di coltivare importanti aree funzionali e relazionali della propria vita.

³⁵⁷ Freud, A. (1936). Restriction of the ego., Writings, 2:93-108. Trad. it.: L'Io ed i meccanismi di difesa, Firenze: Martinelli, 1967.

Sandler ha apportato delle profonde modificazioni alla teoria motivazionale in psicoanalisi. Con Sandler la psicologia psicoanalitica diventa una *psicologia dell'adattamento* (ben inteso *non* come adattamento al mondo esterno, bensì come *adattamento intrapsichico*). L'omeostasi dell'individuo e gli sforzi adattativi dell'apparato psichico sono dettati dai cambiamenti degli stati affettivi e costantemente tesi alla verifica della presenza di potenziali minacce alla sicurezza o di dolore. "Ogni attività adattiva – sia essa difensiva o di altra natura – è istigata e regolata dalla percezione, e attenta disamina, conscia o inconscia, dell'Io nei riguardi di cambiamenti che hanno luogo nella sfera degli stati affettivi". Sandler ha cercato di individuare nel processo depressivo una serie di stadi fra loro correlati. Vi è un primo (1) *stadio del dolore* caratterizzato dalla caduta dell'autostima e del senso di competenza, e dalla presenza di colpa e angoscia. Vi è poi un secondo (2) stadio caratterizzato da un vissuto di *impotenza e di mancanza di speranza*, di impossibilità a far qualcosa di positivo e di risolutivo nei confronti dell'esperienza dolorosa. Segue, infine, il terzo stadio che costituirebbe la vera e propria (3) *esperienza depressiva* e che si manifesta nel *ritiro*, nell'inibizione generalizzata del funzionamento psichico con comparsa dei sintomi depressivi (psicologici, comportamentali, neurovegetativi). La depressione quindi sarebbe data da un'inibizione generalizzata delle funzioni psichiche, una specie di *sordina psicologica*, che corrisponde al terzo dei tre stati citati.

L'apparato psichico trova quindi una ulteriore via per sfuggire a una situazione dolorosa. Se l'ansia emergente dalla tensione dolorosa non si riduce per merito delle tecniche di controllo della percezione di tipo trasformativo (come accade nei meccanismi di difesa e nell'induzione di ruolo), se questa modalità fallisce l'apparato psichico abbandona il raggiungimento dell'equilibrio attuale perduto e cerca di ripristinare un "equilibrio affettivo di una fase precedente dello sviluppo" delineandosi il quadro della regressione, dove il soggetto può tentare di ripristinare una situazione adattativa precedente e tendere, per così dire, a uno *status quo* pregresso. Il fallimento delle tecniche di controllo della percezione di tipo trasformativo, o l'impossibilità di ricorrere alla regressione, comportano un senso di impotenza con perdita di speranza a fronte della persistenza delle forze disgreganti e del dolore. Nello stadio del così detto "ritiro vero e proprio" si attivano i sistemi di controllo della percezione di tipo conservativo, che conducono all'inibizione generalizzata e stabile propria della depressione vera e propria. La depressione, secondo questa prospettiva teorica, può essere considerata una reazione normale che "*diviene anormale quando si manifesta in circostanze inappropriate, quando persiste per un tempo eccessivo e quando (la persona) non è in grado di uscirne mediante un adattamento evolutivamente appro-*

priato”³⁵⁸. La depressione, secondo Sandler, e in linea con quanto ipotizzato da Engel e Reichman sulla *depressione-ritiro*, ha le sue origini in uno stato psicofisiologico primario, e può quindi insorgere come conseguenza a un dolore di natura sia fisica che psichica, fin dalla nascita. Il termine psicobiologico qui si riferisce a una reazione, basata inizialmente anche su processi e strutture neurofisiologici del soggetto, atta a *ristabilire uno stato di benessere e sicurezza* indispensabile alla sua sopravvivenza. Per Sandler, la reazione depressiva è una risposta neuropsichica a fronte del pericolo vissuto con impotenza e con disperazione. La depressione, quindi, è il mezzo attraverso cui l’individuo fronteggia il pericolo e ristabilisce uno stato affettivo integrato, sia dal punto di vista biologico, sia psicologico in termini di adattamento intrapsichico. In questi termini, appare in secondo piano quanto limitante sia lo stato depressivo per le funzioni sociali dell’individuo. Qualsiasi fonte, sia interna che esterna, può essere potenzialmente dolorosa per una persona, lo stato depressivo si manifesta non in relazione ad una particolare circostanza o evento in sé, ma al dolore che potrebbe far emergere³⁵⁹. Nella teoria di Sandler, il dolore psichico è una sensazione prodotta da un’eccessiva discrepanza tra uno *stato del sé attuale* e uno *stato del sé ideale* che coincide con il benessere psico-affettivo e fisico. Essendo il dolore fisico sempre anche di natura psichica (in quanto determinato da una discrepanza tra lo stato del sé corporeo attuale e quello somatico ideale), possiamo ipotizzare la presenza di una depressione (inizialmente su prevalenti basi organiche) fin dai primi giorni di vita.

Se la depressione non si risolve, o se l’individuo ha trascorso parte del proprio sviluppo a stretto contatto con sentimenti di impotenza, e se le tecniche di controllo della percezione sono state prevalentemente di tipo conservativo durante i periodi critici della crescita individuale, è possibile si strutturi un particolare tipo di carattere: *la personalità di tipo depressivo*. Come vedremo nel prossimo paragrafo, una persona che si struttura mediante questo tipo di esperienze utilizza quale meccanismo di difesa principale, *l’introiezione*. Secondariamente possono esservi reazioni di adattamento difensivo che comportano una cronica deprivazione rispetto ad aspirazioni e mete ideali, queste, come accennato poco sopra, vanno sotto il nome di *restrizione (o restringimento) dell’Io*. In questa condizione, l’individuo si oppone a ogni esperienza in grado di generare dolore, evitando così quelle esperienze necessarie per la crescita e per l’individuazione personale. In questo modo queste aree funzionali andranno perdute in modo ir-

³⁵⁸ Sandler J., Joffe W. G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46: 88-96.

³⁵⁹ Joffe W. G., Sandler J. (1965). Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanal. Study Child*, 20: 394-424. Trad. it.: Note sul dolore, la depressione e l’individuazione. In *La ricerca in psicoanalisi*. Vol I. Torino: Boringhieri, 1980.

reversibile. Nella depressione, secondo Sandler, tali mete e aspirazioni nell'individuo adulto depresso rimangono vitali ma "congelate". L'investimento rispetto al Sé, o agli oggetti, o a condizioni ideali risulta nella depressione messo "in stand-by".

LA DEPRESSIONE E LE STRUTTURAZIONI NARCISISTICHE DI PERSONALITÀ

Secondo l'ottica di Sandler, "la reazione depressiva non solo non è utile ma non è neanche necessaria né inevitabile", a differenza dai kleiniani che la considerano una tappa inevitabile e necessaria per lo sviluppo. La visione della depressione in Sandler, a differenza da Freud e dagli altri autori, non ha quindi le sue origini nella perturbazione delle relazioni oggettuali, ma è un problema del soggetto con se stesso, un tentativo del soggetto di superare il dolore e recuperare uno stato di equilibrio. Sandler e la Klein tuttavia concordano nel ritenere che la depressione possa essere uno stato d'animo che si può presentare nell'arco di tutta la vita. Secondo Sandler, lo stato depressivo si può presentare anche più precocemente di quanto ipotizzato dalla Klein, egli ritiene che possa affiorare anche prima dell'emergere dei conflitti di ambivalenza nel bambino, essendo la risposta depressiva radicata anche nella biologia di ogni piccolo appena nato. Sandler differisce invece dalla Klein quando sottolinea che la reazione depressiva non è una condizione obbligata per un avanzamento nello sviluppo, bensì uno dei possibili modi che l'individuo può utilizzare per far fronte al dolore, ove l'esito di questo processo non è mai scontato.

Vi sono infine delle persone che per la loro struttura (in genere narcisistica) hanno sviluppato delle difese talmente resistenti e così consolidate che non possono soffrire (non riescono, cioè, a affrontare il dolore, né trasformandolo in ansia né in inibizione generalizzata). Queste persone si confrontano con una visione grandiosa del proprio Sé che li aiuta a evitare il senso di vuoto che hanno vissuto nel periodo del narcisismo primario infantile. Queste persone rimangono escluse dal pericoloso mondo dei sentimenti per tutto il resto della vita, oppure incorrono in gravi rischi di destabilizzazione psichica ogni qual volta qualche evento interno o esterno incrina le loro strenue difese narcisistiche. Quando questo accade si può sviluppare un grave quadro di depressione, cui è stato dato il nome di *depressione anaclitica*³⁶⁰. La depressione anaclitica appare concettualmente affine a quanto esposto nella teoria di Sandler sulla depressione come disturbo narcisistico, come espressione di un conflitto insito al

³⁶⁰ Blatt SJ. (1974) Levels of object representations in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic study of the child*, 29:107-157.

Sé, e in particolare tra il Se attuale e il Sé Ideale³⁶¹. Come abbiamo sopra accennato, la *depressione di tipo introiettivo* caratterizza invece i bambini che sono cresciuti confrontandosi con sentimenti di perdita, ai quali hanno reagito mediante l'introiezione (ovvero ritenendo che quello che viene da fuori, le perdite e gli abbandoni subiti, provengano in realtà da dentro, cioè dipendano da loro). Spesso con questo tipo di difesa, il bambino tende a proteggere degli adulti che sono effettivamente trascuranti o abbandonici: la triste consapevolezza che esistano dei genitori inadeguati non è ovviamente alla portata della coscienza del bambino che, non sopportando il dolore che ne deriverebbe, preferisce (per modo di dire) l'alternativa dell'attribuire a sé la causa della propria deprivazione affettiva, secondo il principio: "se mi hanno abbandonato (o trascurato, o maltrattato, etc.), vuol dire che me lo merito". Questo discorso anticipa quali possano essere le vicissitudini di reazioni depressive che perdurano troppo a lungo o che sono troppo frequenti nello sviluppo del bambino, ovvero la strutturazione di una *personalità di tipo depressivo*.

DEPRESSIONE COME STRUTTURA DI PERSONALITÀ

Come ipotizzato dalla categorizzazione diagnostica della McWilliams, come ogni particolare configurazione del carattere, anche la personalità depressiva mentre va via via strutturandosi, può manifestarsi in seno a uno dei tre livelli di organizzazione evolutiva (nevrotica, psicotica e borderline, si veda anche la figura 22). In ciascuno di questi tre livelli di funzionamento psichico permane tuttavia uno *stile caratteriale*, costruito intorno a una modalità difensiva principale: l'*introiezione*. Per introiezione s'intende, come abbiamo accennato, l'assun-

³⁶¹ Clinicamente in psicoanalisi vengono definite due forme di depressione (Blatt, 1974). Quella descritta qui è la *depressione introiettiva* che utilizza quindi nel suo strutturale della personalità questo tipo di meccanismo di difesa principale, l'introiezione, appunto. L'altra depressione ha una base che poggia maggiormente su di una struttura infantile di tipo narcisistico, e viene chiamata *depressione anaclitica*. La depressione anaclitica è connessa con uno sviluppo caratterizzato da una grave interferenza con la dipendenza e le conseguenze che questa frustrazione ha portato nel bambino, dove si struttura un problema derivante dalla deprivazione, con conseguente senso di vuoto e mancanza di strutture di riferimento. La sintomatologia depressiva di queste persone si riferisce a ideali irrealistici che queste persone non si convincono ad abbandonare e rispondono agli inevitabili sensi di fallimento con la convinzione il sentimento di avere in sé una grave "falla", un difetto costituzionale, che, se non mitigato da una qualche accettazione della umana limitatezza, mina le basi della propria autostima e della fiducia in sé e negli altri. La depressione anaclitica la troviamo quindi in pazienti narcisistici "instabili", o "dalla pelle fragile" (Gabbard, 1994), il cui incontro con la realtà esita in un senso depressivo di sconfitta. I pazienti narcisistici "dalla pelle spessa" che si nutrono della convinzione di avere raggiunto i propri ideali grandiosi, in genere invece non hanno accesso ai sentimenti di tipo depressivo.

zione in sé di parte delle caratteristiche attribuite ad un oggetto, a una persona affettivamente significativa per il soggetto, in questo caso ritenendo che quanto proviene di fatto dall'oggetto esterno sia, dopo la trasformazione difensiva, attribuibile al Sé e quindi una propria "colpa". Questo meccanismo, come abbiamo accennato nel capitolo sull'identificazione può costituire anche uno dei processi di assimilazione del mondo, di apprendimento dall'esperienza e di formazione della persona: il bambino piccolo crede che la madre faccia tutto quello che fa perché il bambino lo ha (nel bene e nel male) provocato. Nella sua forma più disadattiva, quale l'*identificazione con l'aggressore*, vengono interiorizzati quegli aspetti dell'oggetto che soggettivamente vengono vissuti come nocivi.

Il paziente, con tendenze depressive (in questa accezione di depressione introiettiva), pertanto dialoga costantemente dentro di sé con un oggetto interno ostile, critico, duro e inflessibile. Ogni distrazione della persona rispetto alle aspettative dell'oggetto, o degli altri, vengono vissute come gravi forme di negligenza. Non è necessario che la persona interiorizzata sia stata realmente severa. Una persona si può sentire abbandonata da una madre, che invece lo ha amato teneramente nella storia infantile del bambino, provare ostilità ad ogni minima separazione nella realtà, che diventa, nella fantasia, un abbandono meritato. È estremamente doloroso per un bambino piccolo sopportare la realtà (purtroppo esistente) di genitori negligenti o maltrattanti: e quindi i sentimenti di ostilità, rabbia e odio (che fanno parte del nostro corredo psicobiologico naturale in seguito alla frustrazione) vengono allontanati dalla coscienza. La relazione ad esempio *"Il papà è cattivo e mi fa male. E io sono furente con lui e lo odio"* viene facilmente trasformata in un'altra relazione, che sicuramente non è gradevole, ma è ben più tollerabile in un bambino, ovvero *"Il papà è furente con me e mi odia perché io sono cattivo e gli ho fatto evidentemente tanto male con qualche mio comportamento, di modo che mi merito questa punizione. La prossima volta, se non lo faccio più, questa punizione non si ripeterà."*

Grazie a questo meccanismo, nel lutto come nella depressione, se perdiamo una delle persone di cui abbiamo interiorizzato l'immagine, per una morte, o un effettivo rifiuto, senza che vi sia stata una sufficiente individuazione della persona, non soltanto si percepisce un impoverimento del proprio ambiente (mondo esterno) per l'assenza di quell'oggetto perduto d'amore, ma il soggetto percepisce in realtà se stesso come sminuito, come se una parte del proprio Sé fosse morta. Questa perdita interna genera un senso di vuoto che comincia a dominare nel mondo interiore. La persona, che funziona psicologicamente utilizzando il meccanismo dell'introiezione, ricerca incessantemente il *motivo* per cui è stato abbandonato, o la ragione intrinseca della perdita, e questo nella convinzione profonda che trovato questo motivo (secondo le modalità di pensiero del processo primario), l'oggetto che se n'è andato, per l'incuria o la colpa attribuita dalla persona depressa a se stessa, tornerà, e la perdita sarà definitivamente risanata. Queste sono fantasie, quasi onnipresenti, in persone che hanno

perso i propri cari per una morte inaspettata, e si avvicinano a manifestazioni quasi psicotiche, talvolta in persone che hanno raggiunto un livello di organizzazione evolutiva anche molto sofisticato. L'autocritica inconscia (data dai nostri processi primari infantili) si attua finché non interviene uno dei fattori che facilitano il lavoro del lutto. Se tali fattori non si verificano, la depressione prende il posto del lutto non elaborato e in tale modo questo circolo vizioso perdura. L'introiezione permane quale unico mezzo efficace per ridurre l'angoscia ed assicurare l'integrazione e la continuità del Sé. Il soggetto mantiene dei legami psicologici con oggetti non più presenti, perché appartenenti ad altri periodi della propria vita, o perché non più accessibili, dato che non possono più essere fonte di conferme narcisistiche realistiche. Se tale situazione perdura in gran parte dello sviluppo infantile o si organizza quale modalità principale per risolvere i problemi di separazione nelle fasi critiche dell'infanzia, la persona svilupperà prevalentemente un *carattere depressivo*. In questo senso, la depressione è l'opposto del lutto. Le persone, che vivono un lutto normale, non diventano depresse, anche se nel periodo che segue la perdita sono profondamente tristi; analogamente non ogni bambino che va incontro a una prolungata separazione sarà un adulto depresso. Tuttavia il bambino che incontra troppo prematuramente, o troppo a lungo, esperienze di separazione, o di perdita, non sufficientemente mitigate da un oggetto esterno disponibile, ricorrerà all'introiezione, idealizzando l'oggetto perduto e assumendo su di sé ogni causa dei propri mali. I movimenti interni aggressivi creeranno quindi un sentimento diffuso di essere cattivo, di persecutorietà, di aver procurato l'allontanamento della persona amata e si reinstaurerà il circolo vizioso del doversi impegnare con tutte le forze per trovare il motivo di questo abbandono e per evitare che la propria presunta "malvagità" provochi in futuro altri abbandoni.

Altri tipi di difese comunemente presenti nei pazienti con personalità depressiva sono il *rivolgimento contro la propria persona*: le persone solitamente preferiscono qualunque tipo di sofferenza al senso di impotenza. L'esperienza clinica dimostra con chiarezza la propensione umana a preferire il senso di colpa più irrazionale al riconoscimento della propria impotenza. Rivolgersi contro il sé è l'esito prevedibile di una storia infantile di insicurezza emotiva. Un'altra importante difesa presente nei pazienti depressi è l'*idealizzazione*. Le persone con tendenze depressive sono convinte di essere fondamentalmente cattive, si lamentano della propria avidità, egoismo, competitività, vanità, orgoglio, rabbia, invidia, lussuria. Ritengono perversi e pericolosi tutti questi normali aspetti dell'esperienza. Lo sviluppo di una personalità depressiva è quindi il frutto di esperienze vissute in un'età in cui (1) vigeva ancora una scarsa differenziazione tra sé e l'oggetto, (2) vi era un ancora instabile e precario esame di realtà, (3) esisteva un facile e frequente ricorso a un pensiero di tipo magico, (4) si andava strutturando un'elaborazione delle esperienze di perdita secondo difese primitive. Queste persone hanno trasformato quindi il sentimento di

essere rifiutate nella convinzione inconscia di *meritare questo rifiuto*, a causa di una loro mancanza. Questa colpa ha provocato la ricerca spasmodica delle cause del rifiuto, questi individui pertanto sono costantemente impegnati nel tentativo disperato di cercare, di trovare e rimediare a ciò che *in loro* ha portato all'abbandono.

LE NEUROSCIENZE DELLA DEPRESSIONE A CONFRONTO CON I CONCETTI PSICOANALITICI

Come appare ormai assodato la depressione non è un'unica entità nosologica, vi è ampia convergenza dai dati provenienti dalle *neuroimaging*, dalla clinica, dalle ricerche biochimiche e dai risultati anatomo-patologici, che la depressione non possa essere considerata il disturbo di una singola regione del cervello o di singoli sistemi di neurotrasmettitori. Generalmente si considera questa patologia come un disturbo a diversi livelli che interessa aree corticali associate, subcorticali, limbiche e sistemi complessi di neurotrasmettitori. Recenti studi condotti attraverso l'utilizzo delle *neuroimaging* hanno però mostrato come in zona limbico-corticale svolga un ruolo cardine in questa patologia. Una recente ricerca ha indicato il ruolo fondamentale della corteccia cingolata (Giro del Cingolo nell'area 25 di Brodmann, Cg25) quale substrato neurologico della depressione³⁶². Mayberg e colleghi hanno trattato 6 pazienti con un disturbo depressivo grave, che non avevano tratto beneficio da altre forme di terapie farmacologiche, psicoterapiche o elettroconvulsive, attraverso la stimolazione profonda della Cg25. Lo studio ha mostrato come interrompendo l'attività di quella specifica area celebrale, i sintomi depressivi diminuivano in maniera significativa fino a conferire a questi pazienti precedentemente intrattabili anche un senso di benessere. Gli effetti antidepressivi, avvertiti sia dai pazienti che dai loro familiari, erano correlati ad una marcata riduzione del flusso sanguineo in quella zona cerebrale misurata attraverso la tomografia ad emissione di positroni. Questo non significa ora che i pazienti depressi debbano essere trattati sistematicamente con questo metodo, che tra le altre cose richiede tecniche cruenti e tecnologie molto complesse. Tuttavia, se ricordiamo che quella stessa area, il giro del cingolo anteriore, si trova ad avere un ruolo centrale nella regolazione del comportamento di attaccamento materno-infantile (sistema neuromotivazionale dell'ansia da separazione e sottosistema dell'accudimento), possiamo trovare delle conferme neurofisiologiche dell'importanza di questo nodale pe-

³⁶² Mayberg, H.S., Lozano A.M., Voon V., McNeely, H.E., Seminowicz D., Hamani, C., Schwab, J.M., Sidney & Kennedy S.H. (2005). Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression. *Neuron*, 45, 651-660

riodo che riguarda la relazione primaria madre e bambino, e che la cura (*care*) di questo periodo diventa cruciale nella prevenzione della depressione patologica in tutto il ciclo di vita dell'individuo³⁶³. Ricordiamo che, a livello mondiale, se valutiamo la presenza di malattie di ogni tipo (quindi anche quelle fisiche come le malattie cardiovascolari, i tumori, i problemi osteoarticolari etc.), nei paesi ad alto reddito, e nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, la depressione maggiore è al 1° posto tra le malattie per le donne e al 3° posto per gli uomini, imponendo ai servizi sanitari e al mondo del lavoro, un costo enorme. Se consideriamo inoltre le ricadute che il disturbo depressivo materno può comportare nell'incidenza di disarmonie dello sviluppo dei bambini esposti a questo stato d'animo, per non parlare del benessere della società, dall'allevamento dei bambini all'educazione nelle scuole, questi costi aumentano in via esponenziale. L'individuazione di fattori causali e interventi psicoterapici preventivi precoci appare quindi determinante, non con la pretesa onnipotente di prevenire ogni sofferenza psichica, ma almeno per potere incidere sulla trasmissione transgenerazionale del disagio e per offrire delle alternative a quel particolare adattamento psichico, come abbiamo visto, così diffuso che è la *depressione*.

³⁶³ Panksepp, J. (1998) *Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York.

10. Lo sviluppo infantile: una visione d'insieme

«Il principale compito della cultura, la sua vera ragione d'essere, è di difenderci
contro la natura.» Sigmund Freud

Quale è il *primum movens* dello sviluppo dell'apparato psichico? In principio, vi fu la *percezione* o l'*azione*? In psicofisiologia questa è la storia dell'uovo e della gallina. Sandler, nel suo articolo sul *Background della sicurezza* ci ricorda del "possibile errore di distinguere, come è abitudine, comportamento motorio ed esperienza sensoriale". Egli ci conferma che, nello sviluppo del bambino, questi due aspetti della vita di relazione vanno considerati insieme. Lo sviluppo delle capacità di percezione del bambino va ad armonizzarsi (elidandone dei tratti o accentuandone degli altri) con le urgenze psico-organiche che spingono all'azione. In seguito su stimolazione epigenetica, la funzione psicologica della percezione permette al bambino di fare due importanti passaggi evolutivi fondamentali, (1) il primo consiste nella strutturazione di un confine tra il *Sé* (soggetto) e l'*Altro da Sé* (come precursore degli oggetti interni ed esterni)³⁶⁴. Potremmo dire che, a grandi linee, questa prima distinzione tra *Sé* e *Altro da Sé* riguarda aspetti percettivi che acquisiranno la configurazione del test di realtà e della verifica di tipo *cognitivo* sulle proprie esperienze (*sviluppo cognitivo del bambino*). La seconda e importante distinzione di base riguarda (2) gli affetti: il bambino impara precocemente a distinguere ciò che è buono, piacevole, soddisfacente e che provoca un sentimento di benessere, da quanto è cattivo, spiacevole, frustrante, che procura malessere e dolore (*sviluppo affettivo del bambino*). Entrambe queste due linee dello sviluppo (cognitiva e affettiva) poggiano le loro basi su strutture

³⁶⁴ Per stimolazione *epigenetica* intendiamo l'intreccio e l'azione combinata dei fattori genetici la cui espressione è regolata dalla effettiva presenza o assenza di esperienze ambientali sovrapposte.

organiche predeterminate geneticamente. Entrambi i sistemi sono tuttavia basati su strutture che fin dalla nascita sono anche ampiamente suscettibili di apprendimento, in altre parole in grado di modificare i loro funzionamenti sulla base dell'esperienza. È degno di nota tuttavia, che, a proposito delle strutture organiche cerebrali, mentre le strutture sottocorticali che controllano l'espressione affettiva sono a preponderante componente genetica e, in misura minore, sensibili alle stimolazioni ambientali, nella linea dello sviluppo cognitivo questo rapporto è invertito: sappiamo che molte delle strutture che regolano le cosiddette funzioni cognitive come il linguaggio, i movimenti complessi (le prassie), il riconoscimento degli oggetti (la gnosi), i processi di memoria e di attenzione e altri, sono legate all'inizio del loro sviluppo ad aspetti genetici. Successivamente diventano preponderanti i fattori legati all'apprendimento dall'esperienza, cioè all'ambiente. Ne emergono delle considerazioni importanti che riguardano lo sviluppo psicologico infantile: (1) il bambino inizialmente è soggetto a percepire una confusione tra aspetti interni ed esterni dell'esperienza; (2) il bambino progressivamente si trova a subire forti influenze date dall'ambiente sia sulla linea che porta allo sviluppo affettivo, sia alla linea dello sviluppo cognitivo. Tuttavia (3) la via di sviluppo cognitivo (prevalentemente connesso con i sistemi sensoriali diretti verso l'esterno) si fonda in modo preponderante sulle esperienze che ci giungono dalle stimolazioni esterne. Lo sviluppo cognitivo si distacca quindi sempre più dallo sviluppo affettivo: le richieste ambientali richiedono al bambino di rivolgersi sempre più nella direzione della realtà esterna. I meccanismi che permettono una percezione della realtà esterna si fondano su sistemi psicobiologici, dotati di capacità di apprendimento cognitivo mediante processi che richiedono stimolazioni ripetitive e che si consolida lentamente. I sistemi che regolano gli apprendimenti affettivi sono inizialmente estremamente rapidi nell'acquisire, ma anche estremamente refrattari a abbandonare apprendimenti una volta che questi si siano consolidati, per passare a nuove modalità adattative. In questo senso, il divario tra la percezione del mondo esterno e del mondo interno è destinato ad ampliarsi.

Il nostro patrimonio genetico rappresenta quindi lo "zoccolo duro" delle nostre potenzialità di sviluppo mentale, da esso si formano i sistemi neuromotivazionali di controllo delle emozioni di base, la via affettiva del nostro sviluppo, all'origine del temperamento, della nostra capacità di apprezzare e dare un valore alle esperienze. Questa linea evolutiva è anche basata su sistemi poco flessibili, che nella prima infanzia, fissano delle matrici di memorie, degli schemi di comportamento e di relazione, in modo stabile, ma che risultano poco suscettibili alla modificazione e all'adattamento in caso di nuove esigenze in età successive. La linea dello sviluppo affettivo è legata in misura proporzionalmente maggiore a fattori genetici, rispetto alla linea cognitiva ed è maggiormente preposta a percepire le sensazioni che ci giungono dall'interno (i sentimenti di fondo di piacere/dispiacere, il dolore e la paura, il senso di benessere e sicurezza).

L'ambiente invece contribuisce a modellare i processi cognitivi che regolano lo sviluppo e l'elaborazione delle rappresentazioni che vengono dall'esterno. Potremmo ipotizzare che mentre la via affettiva monitorizza costantemente lo stato del Sé e in particolar modo ci informa sul *Sé attuale*, la via cognitiva modula la percezione di tutti i derivati dell'Altro da Sé, momento per momento, e quindi del mondo degli oggetti (interni ed esterni) e degli ideali (*Sé ideale*).

Sandler (1998) ha affermato che "se estendiamo il concetto di «oggetto» un po'al di là di come è comunemente inteso, possiamo dire che i primi oggetti del bambino sono le esperienze di piacere e gratificazione, da un lato, e quelle di dispiacere e sofferenza, dall'altro". Nel neonato quindi, sulla base di queste esperienze, il sensorio primitivo costruisce i suoi oggetti sulla base di queste sensazioni primigenie, da una parte il dolore e dall'altra il piacere, (il «buono» e il «cattivo»). Le sensazioni di piacere sono collegate e progressivamente sempre più associate nel neonato alle sensazioni di nutrimento, calore, contenimento, vicinanza e sicurezza. Le sensazioni di dolore e malessere, collegate alla frustrazione dei bisogni fisici primari (la fame e la sete, l'assenza della madre e il dolore fisico, ad esempio le «coliche»).

Il sentimento di sicurezza è alla base dei nostri apprendimenti a ogni livello evolutivo: ogni «programma» percettivo-motorio, anche quelli più predeterminati da un punto di vista genetico, informano l'apparato percettivo dello stato generale in termini di sicurezza. L'esperienza del neonato di aprire la bocca per attaccarsi al seno può indurre sentimenti di sicurezza, quanto sentimenti di frustrazione. Si possono quindi instaurare precocemente dei *pattern* percettivo-motori predefiniti che, sia per particolari spinte aggressive a cui è predisposto il neonato, sia in eventuali momenti di regressione, o infine per interferenze interne o esterne nella risposta materna (come accade ad esempio nella depressione postpartum), possono portare a delle distorsioni percettive della relazione mamma-bambino. In questi casi il *feedback* percettivo di un'azione (ma poi anche di un intento o di un desiderio) rimanda al bambino la sensazione che l'atto non è stato svolto armonicamente e come tale vi sarà un ritorno percettivo in termini di una *discrepanza* fra quanto predeterminato o desiderato (*Sé ideale*) e quanto di fatto attuato (*Sé attuale*). Il nostro apparato mentale psicobiologico è predisposto per cogliere queste discrepanze nel funzionamento tonico (più di carattere durevole e sequenziale; si veda la *teoria della scarica corollaria*) che vengono registrate come improvvise cadute del sentimento di sicurezza. Allo stesso modo il dolore (che segnala una discrepanza fasica, più rapida e momentanea) viene registrato come una minaccia, come aumento della *tensione esercitata sulle strutture psicologiche*. E proprio la tensione delle nostre strutture psicobiologiche che determina il senso di dolore psichico, quel sentimento di intensa sgradevolezza che informa il bambino della possibilità di un danno, di una destabilizzazione delle sue strutture psichiche e quindi della sua integrità e sopravvivenza. Se la sollecitazione diventa troppo intensa, o dura troppo, è verosimile che il

danno si stia effettivamente sviluppando: il dolore, quale segnale percettivo, per quanto sgradevole, è a questo punto estremamente importante e adattativo.

Progressivamente il sensorio del bambino piccolo si sviluppa, permettendo una migliore verifica e distinzione tra le percezioni che giungono dall'esterno e dall'interno. Inizialmente la percezione appare quindi molto polarizzata nei sentimenti (piacevole ovvero «buono», da un lato, «cattivo», spiacevole, doloroso o destabilizzante, dall'altro). In seguito, con lo sviluppo dell'apparato cognitivo (che, abbiamo visto essere maggiormente legato ai processi rivolti verso l'esterno), il bambino diventa capace di cogliere degli "schemi" di riconoscimento percettivo (ad esempio i volti, le associazioni tra i volti e una determinata voce, lo sviluppo della capacità di associare a uno stimolo uditivo il volto e le percezioni sensoriali che giungono da una persona, la totalità degli stimoli che compongono un altro da Sé, etc.). Tutti questi elementi vanno a costituire un aumentato sviluppo cognitivo e affettivo del bambino con l'acquisizione della capacità di controllare le proprie percezioni interne ed esterne (mediante le *tecniche di controllo della percezione*). Parallelamente alla maggiore capacità di riconoscimento dell'altro da Sé, il bambino forma una sempre più chiara immagine corporea di base (schema corporeo), grazie alla quale passerà alla costruzione dello schema del Sé, dei propri sentimenti, delle proprie capacità e dei propri limiti, in ultima analisi della propria *identità*.

Sono quindi inizialmente le discrepanze percettive, in particolare quelle create dal mondo esterno, che spingono l'apparato psichico infantile a colmarle per ripristinare un senso di sicurezza e ridurre la tensione intrapsichica destabilizzante. In questo senso, probabilmente Lacan aveva ragione, quando descrivendo la fase dello specchio, affermava che il nostro sviluppo iniziale è molto legato alle percezioni che giungono dall'esterno, che i primi schemi percettivi che si formano riguardano il mondo esterno, il mondo degli oggetti, il mondo del non Sé. Lacan sosteneva che con la fase dello specchio si crea proprio questa importante discrepanza fra ciò che è *non me* (che evidentemente il bambino conosceva già *prima* della fase dello specchio) e il *me*, ovvero l'esperienza un Sé integrato che raccoglie insieme tutte le esperienze che il bambino aveva fatto fino a quel momento. È quindi possibile che si crei in questa fase, una discrepanza nello sviluppo tra quelli che sono gli schemi cognitivi che si conformano sulla base dell'esperienza dall'esterno e i non meno significativi schemi affettivi che formano il Sé. Dopo questa fase critica di importante ricongiungimento delle proprie parti scisse in un insieme totale nel Sé del bambino, esisterà sempre una tensione anche dolorosa che egli tenderà a risolvere principalmente cercando conferme che giungono dal mondo esterno.

Nel modello di Sandler abbiamo visto come le aspettative, gli stili e le abitudini dei genitori si riversano, già precedentemente alla fase della gravidanza, nelle fantasie relative al feto, al neonato e al bambino poi, influenzando fin dall'inizio in modo diretto e indiretto, l'espressione epigenetica e ambientale

del suo comportamento e della vita di relazione. Queste influenze si traducono in uno *stile relazionale* che tende a passare da una generazione all'altra. Il patrimonio genetico si esprime amplificando e sostenendo maggiormente i sistemi di controllo e di elaborazione emotiva: questi portano a una percezione globale dell'esperienza e poi all'azione, sulla base delle necessità corporee, dei bisogni primari viscerali del bambino. Parallelamente l'ambiente insegna al bambino, dalla nascita in poi, i primi schemi sensomotori che diventeranno poi categorie percettive, la cui manipolazione percettiva inconscia, condurrà al pensiero simbolico adattativo e al differimento della gratificazione immediata.

Bibliografia citata

- Abraham, K. (1912). Note per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e di stati affini. In *Opere* Vol I. Torino: Boringhieri, 1975.
- Albrecht, F. (2001). Factitious disorder by proxy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1): 4-5.
- Alexander F., French T.M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: *La esperienza emozionale correttiva*. Psicoterapia e Scienze Umane, 1993, XXVII, 2: 85-101).
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. International Version with ICD-10 codes. Washington D.C. Trad. it in *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Masson S.p.A. – Milano, 1995.
- American Psychoanalytic Association (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Trad. It. PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico. 2008. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Athanassiou C. (1986). A study of vicissitudes of identification in twins. *International Journal of Psychoanalysis*, 67.
- Balint, M. (1950). Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*. XXXI, 117-124.
- Beauregard, M. (2007). Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, 81 (4), pp. 218-236.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2007). For better and for worse. Differential susceptibility to environmental influences. *Current directions in Psychological Science*, vol. 16, N. 16, pp. 300-304.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In *Affective Disorders*. New York: International Universities Press. Trad. It.: Il meccanismo della depressione. In *Il significato della disperazione*, a cura di W. Gaylin. Roma: Astrolabio, 1973.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49
- Bion, W.R. (1959). Attacks on Linking. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40:308-315. Trad. It. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Roma: Armando editore, pp. 143-166, 1970.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. London, Tavistock Publications; trad. it.: *Esperienze nei gruppi*, Roma: Armando, 1971.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*, London: Heinemann; trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando, 1972.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: W. Heinemann. Tr.it. *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando editore.
- Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London: William Heinemann. [Reprinted London: Karnac Books 1984].
- Bion, W.R. (1967). *The imaginary twin*. In W. R. Bion. *Second thoughts* (pp. 3-22). New York : Jason Aronson. Trad. it. *Il gemello immaginario*. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando editore, 1970.
- Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic studies of the Child*, 24: 107-157.
- Bonaccorsi, M.T. (1980). *La psicoterapia analitica del bambino organico*. Milano edizioni Anfora.

- Calasso, R. (1988). *Le nozze di Cadmo e Armonia*. Milano: Adelphi 1988 Adelphi edizioni, [Pp. 318-320].
- Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G., Rizzolatti, G. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *PNAS*, 104, (pp. 17825-17830).
- Champoux, M., Bennett, A., Shannon, C., Higley, J.D., Lesch, K.P. & Suomi S.J. (2002). Serotonin transporter gene polymorphism, differential early rearing, and behavior in rhesus monkey neonates. *Molecular Psychiatry* 7, 1058-1063.
- Christodoulou, G. N. (1991). The delusional misidentification syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 14: 65-69.
- Clarici, A. & Giuliani, R. (2008). Growing up with a brain-damaged mother: anosognosia by proxy? *Neuro-Psychoanalysis*, 10 (1).
- Coen Pirani, P. (2007). Rileggendo "Lutto e Melanconia": riflessioni sul dolore e sul lavoro psichico nella clinica psicoanalitica. *Relazione tenuta al Convegno per il 39° anno accademico del Centro Studi di Psicoterapia di Via Ariosto 6, Milano: 21 settembre 2007*.
- Davidson, J.R.T., Foa, E.B. (a cura di) (1993). Epilogue. In: *Posttraumatic Stress Disorder, DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press, Washington, D.C., pp. 229-235.
- Del Miglio C. (1995). *Il Sé gemellare*. Roma: Borla.
- Devoto, G., e Oli, G.C. (2010). *Vocabolario della lingua italiana 2011*. Milano: Le Monnier, Mondadori education.
- Dogliotti, M., Rosiello, L. (a cura di) (1998). Lo Zingarelli. *Vocabolario della lingua italiana*. (p. 836). Zanichelli, Bologna.
- Edelman, G.M. (1992). Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind. Tr.it. *Sulla materia della mente*. Milano, Adelphi, 1993.
- Eissler, K. R. (1941). 'On "The Attitude of Neurologists, Psychiatrists and Psychoanalysts towards Psychoanalysis"'. *Psychoanalytic Quarterly*, Vol. X, No. 2, pp. 297-319. *International Journal of Psycho-Analysis* 23: 177
- Eissler, K. R. (1953). The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1: 104-143.
- Ellis, B.J., Boyce, W.T. (2008). Biological Sensitivity to Context, Current Directions in Psychological Science. Volume 17 (3), p. 183-187
- Engel, G.L. (1975). The death of a twin: mourning and anniversary reactions. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56: 23-40.
- Engel, L.G., Reichsman F. (1956). Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with a gastric fistula. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 428-452.
- Ey, H., Bertrand, P., e Brisset, C. (1960). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson. Tr.it. *Manuale di Psichiatria (IV edizione)*, 1998. Milano: Masson.
- Fasano, A. (2009). Le sorprese della celiachia. *Le Scienze* 494, pp. 84-91.
- Ferenczi, S. (1932). La confusione delle lingue tra gli adulti e i bambini. *Opere*, vol. IV, 1927-1933. Milano: Raffaello Cortina Editore (2002).
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19: 163-171.
- Frati, F. & Pellegrino, V. (2006). *Il problema dell'imputabilità nei soggetti con disturbi di personalità alla luce dei più recenti orientamenti giuridici e clinici*. Psicoterapia e scienze umane. Vol. 2.
- Freud, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defence. *The Writings of Anna Freud*. Vol. 2. New York, IUP. Trad. It. L'Io e i meccanismi di difesa. G. Martinelli Editore, Firenze. 1967.
- Freud, A. (1936). L'Io e i meccanismi di difesa. G. Martinelli Editore, Firenze.
- Freud, A. (1936). Restriction of the ego., *Writings*, 2:93-108. Tr.it. trad. it.: L'Io ed i meccanismi di difesa, Firenze: Martinelli, 1967.
- Freud, A. (1951). Observations on child development., *Psychoanal. Study Child*, 6:18-30.

- Freud, A. (1951). The contribution of psychoanalysis to genetic psychology. *Writings*, 4:107-142.
- Freud, A. (1965). Normality and pathology in childhood: assessments of development. *Writings*, 6:3-236.
- Freud, S. (1887-1904) Epistolari. Lettere a Wilhelm Fliess. Torino: Bollati e Boringhieri.
- Freud, S. (1892-1895) *Studi sull'Isteria*. in Opere di Sigmund Freud (OSF), vol. 1. Torino: Bollati Boringhieri, 1984.
- Freud, S. (1893). Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche. OSF, vol. 2. Pp. 67-84.
- Freud, S. (1894). La neuropsicosi da difesa. OSF, vol.2.
- Freud, S. (1895a), Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia". OSF, vol. 2.
- Freud, S. (1899), L'interpretazione dei sogni. OSF, vol. 3.
- Freud, S. (1901). Frammento di una analisi d'isteria (il caso di Dora). OSF, vol. 4.
- Freud, S. (1901). Psicopatologia della vita quotidiana. OSF, vol. 4.
- Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. OSF, vol. 4.
- Freud, S. (1906). Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen. OSF, vol. 5.
- Freud, S. (1908). Il romanzo familiare dei nevrotici. OSF, vol. 5: 467-474.
- Freud, S. (1909). Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (caso clinico dell'uomo dei topi). OSF, vol. 6.
- Freud, S. (1910). Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber). OSF, vol. 6.
- Freud S. (1911). Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico, OSF vol. 6, pp. 453-460.
- Freud, S. (1912). Dinamica della traslazione. OSF, vol. 6.
- Freud, S. (1914a). Dalla storia di una nevrosi infantile (caso clinico dell'uomo dei lupi). OSF, vol. 7.
- Freud, S. (1914b). Introduzione al narcisismo. OSF, vol 7.
- Freud, S. (1915a). *L'inconscio*. OSF, vol. 8.
- Freud S. (1915b). *Lutto e melanconia*. OSF. Vol. 8: 102-118.
- Freud, S. (1918). Bisogna insegnare la psicoanalisi nell'università? OSF vol. 9: 29-35.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio del piacere. OSF, 9: 187-249.
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF, vol. 9: 257-330.
- Freud, S. (1922). *L'Io e L'Es*. OSF, vol. 9.
- Freud, S. (1924a). Nota sul "Notes magico". OSF, 9: 59-73.
- Freud, S. (1924b). *Neurosi e psicosi*. OSF, vol. 9: 611-615.
- Freud, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.
- Freud S. (1927). *L'umorismo*, OSF, vol. 10: 503-508.
- Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. OSF, vol. 10.
- Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. OSF, vol. 11.
- Freud, S. (1938a). *Compendio di psicoanalisi*. OSF, vol. 11.
- Freud, S. (1938b). *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, vol. 11.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatry Press. Tr.it. Psichiatria psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina editore, 1995.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-485.
- Galín, D. (1974). Implications for psychiatry of left right cerebral specialisation: A neurophysiological context for unconscious processes. *Archives of General Psychiatry*, 31, pp. 572-583.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119 (pp. 593-609).
- Gorman, H. E. (2002). Growing Psychoanalysis: Rethinking Psychoanalytic Attitude. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 10: 45-69.
- Greenacre, P. (1960). *Considerazioni riguardanti il rapporto genitore-bambino*. Firenze: Martinelli, 1979.

- Hartmann, H. (1939). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 24: 62-135 (trad. ingl.: Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York: Int. Univ. Press, 1958; trad. it.: Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento. Torino: Boringhieri, 1966).
- Hartmann, H. (1954). Problems of infantile neurosis. In: *Essays on Ego psychology*. New York: International University Press.
- Hartmann, H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: Saggi sulla Psicologia dell'Io. Torino: Boringhieri, 1976).
- Heimann, P. (1951). On counter-transference. *Internat. J. Psychoanal.*, 31, 81-84.
- Janet, P. (1892-1894). *État mental des hystériques*, 2 volumi. Parigi: Editions L'Harmattan.
- Joffe, W. G., Sandler, J. (1965). Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanal. Study Child*, 20: 394-424. Trad. it.: Note sul dolore, la depressione e l'individuazione. In *La ricerca in psicoanalisi*. Vol I. Torino: Boringhieri, 1980.
- Joffe, W.G. & Sandler, J. (1967). Some conceptual problems involved in the consideration of disorders of narcissism. *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 2, n. 1. Trad. it. in: Sandler J. (1980). *La ricerca in psicoanalisi* (Alcuni problemi concettuali riguardanti i disturbi narcisistici), pp. 184-196. Torino: Bollati Boringhieri.
- Josselyn, S. A., Falls, W. A., Gewirtz, J. C., Pistell P., & Davis, M. (2004). The nucleus accumbens is not critically involved in mediating the effects of a safety signal on behaviour. *Neuropsychopharmacology*, 1-10.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155: 457-69.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156: 505-524.
- Kaplan-Solms, K., Solms, M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*. London: Karnac. Trad. It. (a cura di Clarici A.) *Neuro-psicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*. Tr. it Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Kaplan, T. (1998). Marital conflict by proxy after father kills mother: The family therapist as an expert witness in court. *Family Process*, 37 (4): 479-494.
- Klein, M. (1921-1958). *Scritti*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- Klein, M. (1928). Early Stages of the Oedipus Conflict, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 9, 1928; trad. it.: Primi stadi del conflitto edipico, in: *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1935). Psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. In *Scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Klein, M. (1940). Mourning and its Relation to Manic-Depressive States, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 21; trad. it.: Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi, in: *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 27; trad. it.: Note su alcuni meccanismi schizoidi, in *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1948). On the theory on anxiety and guilt, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 29; trad. it.: Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa, in: *Scritti 1921-1958*, pp. 435-453. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1952). The mutual influences in the development of Ego and Id. *Psychoanal. Study Child*, 7.
- Klein, M. (1958). Sullo sviluppo dell'attività psichica. In: *Scritti 1921-1958*. Torino, Boringhieri, 1978, pp. 540-550.
- Lacan, J. (1977). The mirror stage as formative of the function of the I as revealed in psychoanalytic experience. In: Jacques Lacan. *Ecrits: A Selection*, ed. A. Sheridan. London: Tavistock/Routledge, pp. 1-7.
- Laplace, J. & Pontalis J.-B. (1967). *Vocabulaire de la Psychoanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France. Trad. It. Enciclopedia di Psicoanalisi. Roma: Edizioni Laterza. 1993.
- Laugharne R., Upex, T., & Palazidou, E. (1998). Dismorphophobia by proxy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91 (5): 266.

- Libet, B. (2004). *Mind time. Il fattore temporale nella coscienza*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MacLean, P.D. (1985). *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Nuovo Politecnico 139. Torino: Einaudi Editore.
- Mahler, M. (1961). On sadness and grief in infancy and childhood: loss and restoration of the symbiotic love object. *Psychoanalytic Studies of the Child*, 16:332-351.
- Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books. Tr. It. *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Mayberg, H.S., Lozano A.M., Voon V., McNeely, H.E., Seminowicz D., Hamani, C., Schwab, J.M., Sidney & Kennedy S.H. (2005). Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant Depression. *Neuron*, 45, 651-660
- McLaughlin, H.P. (1970). *The Ego and its defenses*. New York: Jason Aronson.
- McLaughlin, J. T. (1975). The sleepy analyst: some observations on states of consciousness in the analyst at work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23: 363-382.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press. Trad. It. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press. Trad. It. *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Meadow, R. (1985). Management of Münchausen syndrome by proxy, *Arch Dis Childhood*, 60: 392.
- Meltzer, D. e al. (1975). *Esplorazioni sull'autismo*. Torino, Boringhieri, 1977
- Meltzoff, A.N., Moore, M.K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 4312 (pp. 75-78).
- Mertens, W. (2000). L'interpretazione dei sogni, cent'anni dopo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol 34 (1): 5-30.
- Michels, R. (2008). Presentation on "The Self in conflict: neuropsychanalytic perspectives," The 9th International Neuropsychanalytic Congress. Montreal July 25-28, 2009. Proceedings. London: Karnac.
- Money, J., Hampson, J.G., Hampson, J.L. (1957). Imprinting and establishment of gender role. *A.M.A., Arch.Neur. and Psych.*, 77
- Monteverde, M. (2006). Comunicazione personale. *Supervisione nei gruppi clinici della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adulto*. Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica e Metodologia Istituzionale. Milano: Via Ariosto 6.
- Nicolson, P. (2001). *Postnatal Depression: Facing the Paradox of Lost Happiness and Motherhood*. Chichester, U.K.: Wiley.
- Olds, D.D. (2006). Identification: psychoanalytic and biological perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54 (pp. 17-46).
- Ortmeyer, D.H. (1970). The we-self of identical twins. *Contemporary Psychoanalysis*. 6: (2), 125-142.
- Ostow, M. (1962). *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York.
- Perelberg, R. (Ed.) (1999). *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. London: Routledge (New Library of Psychoanalysis).
- Perry, S., Difede, J., Musngi G., et al. (1992). Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 931-935.
- Piaget, J. (1926). *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1966.
- Piaget, J. (1937). *The construction of reality in the child*. Basic Books, New York.
- Piaget, J. (1947). *Psicologia dell'intelligenza*. Editrice Universitaria, Firenze, 1964
- Piaget, J. (1970). *L'epistemologia genetica*. Laterza, Bari, 1983.

- Pieralisi, G. (2009). *Elementi di psicoterapia psicoanalitica di gruppo*. Ravenna: Pubblicazione Web nel sito della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica (<http://scuolapsicoterapiaravenna.net>).
- Rizzolati, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3: 131-141.
- Rogan, M. T., Leon, K. S., Perez, D. L., & Kandel, E. R. (2005). Distinct neural signatures for safety and danger in the amygdala and striatum of the mouse. *Neuron*, 46: 309-320.
- Rogers, L. (1999). *Sexing the brain*. New York: Columbia University Press.
- Rycroft, C. (1968). *Imagination and reality*. New York: International Universities Press.
- Saccani, P. (2000). *Seminari di gruppo nel Corso della scuola di Psicoterapia Psicoanalitica della Famiglia*. Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica, Psicopedagogia e Metodologia Istituzionale, Via Ariosto, Milano.
- Sacks, O. (1984). *Su una gamba sola*. Tr. It. Adelphi, Milano 1996.
- Sandler, A.M. (2005). *Psicoanalisi e ricerca*. Convegno per l'Inaugurazione del 37° anno del Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica e Metodologia Istituzionale, Via Ariosto. Milano, 22 ottobre 2005.
- Sandler, A.M., & Sandler, J. (1984). The past unconscious, the present unconscious and the interpretation of transference. *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 4, 367-399.
- Sandler, A.M. (1975). Comments on the significance of Piaget's work for psychoanalysis. *Int. R. Psycho-Anal.*, 2: 365-377.
- Sandler, J. (1960a). The background of safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 352-356. Tr. It. in Sandler J. "La ricerca in psicoanalisi". Torino: Bollati e Boringhieri.
- Sandler, J. (1960b). On the concept of superego. *Psychoanalytical Study of the Child*, 15: 128-162.
- Sandler, J. (1962). Research in Psycho-Analysis-The Hampstead index as an instrument of psychoanalytic research. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 287-291.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int. Rev. Psychoanal.*, 3: 43-48.
- Sandler, J. (1981). Unconscious Wishes and Human Relationships. *Contemporary Psychoanalysis*. XVII, Pp. 180-196.
- Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35-46.
- Sandler, J. (1987). The Concept of Projective Identification. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 10: 33-49.
- Sandler, J. (1992). Reflections on Developments in the Theory of Psychoanalytic Technique. *International Journal of Psycho-Analysis* 73: 189-198.
- Sandler, J. (1993). On Communication from Patient to Analyst: Not Everything is Projective Identification. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 1097-1107.
- Sandler, J. (Ed.) (1987). *Projection, Identification, Projective Identification*. Madison, CT: International Universities. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- Sandler, J., Holder A., Dare, C. Dreher, A.U. (2001). *I modelli della mente di Freud*. Milano: Franco Angeli.
- Sandler, J., Holder, A., & Meers, D. (1963). The ego ideal and the ideal self. *Psychoanal. Study Child*, 18:139-158.
- Sandler J., & Joffe W. G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46: 88-96.
- Sandler, J. & Joffe, W.G. (1967). The tendency of persistence in psychological function and development, with special reference to fixation and regression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 31, 257-271. Tr. It. In Sandler J. (Ed.) *La ricerca in psicoanalisi*. Torino: Bollati e Boringhieri, vol. 2, 1980.
- Sandler, J., Persons, E., & Fonagy, P. (1991). *Freud's "On Narcissism: An Introduction"*, New Haven/London: Yale Univ. Press.
- Sandler, J., & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *Psychoanal. Study Child*, 17: 128-148.
- Sandler, J., Sandler, A.-M. (1983). "Second censorship; Three box model: technical

- implications. *International Journal of Psychoanalysis*, 64: 413-426.
- Sandler, J., Sandler, A.-M. (1984). Past unconscious, present unconscious, transference interpretation., *Psychoanal. Inquiry*, 4:367-399.
- Sandler, J., Sandler, A.-M. (1987). Past unconscious, present unconscious, and the vicissitudes of guilt. *Int. J. Psychoanal.*, 68: 331-342.
- Sandler, J. & Sandler, A.M. (1998a). *Internal objects revisited*. London, Karnac books. Tr. It. Gli oggetti interni. Una rivisitazione. Milano: Franco Angeli. 2002.
- Sandler, J. & Sandler, A.M. (1998b). *Memory of Child abuse; truth or fantasy*. London, Karnac books.
- Solms, M. (1997). *The Neuropsychology of Dreams*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Solms, M. (2003). Do unconscious fantasies really exist? In Steiner R. (Ed.). *Unconscious Phantasy*. London: Karnac Books, 89-105.
- Solms, M. (2009). Comunicazione personale. Londra: Attività congressuale per l'11° Congresso della International Neuropsychanalytic Society (Seattle, 23-25 luglio 2010).
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York: Other Press. Trad. It. (a cura di Clarici A.) *Il cervello e il modo interno*. Milano Raffaello Cortina Editore. 2003.
- Sperry, R.W. (1950). Neural basis of the spontaneous optokinetic response produced by visual inversion. *J. Comp. Physiological Psych*, 43: 482-489.
- Sperry, R.W. (1974). Lateral specialization in the surgically separated hemispheres. In: F.O.Schmitt and F.G.Worden (Eds.) *The Neurosciences. Third Study Program*. Cambridge: MIT Press: 5-20.
- Sperry, R.W. (1984). Consciousness, personal identity and the divided brain. *Neuropsychologia*, 22: 661-673.
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism – An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Stoller, R.J. (1968). *Sex and Gender*, Science House, New York
- Suomi, S.J. (1997). Early determinants of behaviour: evidence from primate studies. *British Medical Bulletin*, 53 (No. 1):170-184.
- Weiss, E. (1944). Clinical aspects of depression. *Psychoanalytic Quarterly*, 13: 445-461.
- Weiss, E. (1960). *Struttura e dinamica della mente umana*. Cortina, Milano.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena, *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 1953; trad. it.: Oggetti transizionali e fenomeni transizionali, in: Dalla pediatria alla psicoanalisi, Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.
- Zanettovich, A. (2008). *La postura analitica*. Trieste: Università di Trieste. Comunicazione tenuta alla presentazione dell'anno accademico 2007/2008 della Scuola di Specializzazione del Ciclo di Vita (Facoltà di Psicologia).
- Zanettovich, A. (2009). *Comunicazione personale*. Trieste: Supervisioni di gruppo.
- Zazzo, R. (1984). *Le paradoxe des jumeaux. Il paradosso dei gemelli*. La Nuova Italia, Firenze.

Indice analitico

- accomodamento, 126, 204, 206
ACTH, 108
acting out, 99, 263, 265, 268, 273, 289, 309
adattabilità, 97, 110
adattamento interpersonale, 152, 155
adattamento intrapsichico, 45, 87, 139, 151, 152, 300, 303, 314
adattamento sociale, 300
adolescenza, 107, 112, 165, 212, 244, 262
Affective neuroscience. Vedi Neuroscienze affettive.
affiliazione, 271
aggressione passiva, 266
alleli, 98, 104, 109
allucinazioni, 99, 241, 248, 270
altro da Sé, 21, 190, 322, 325
altruismo, 261, 269
ambito esperienziale, 74, 76, 170
ambito non esperienziale, 74, 157, 170
ambito rappresentazionale, 230
amigdala, 201, 225, 226
amnesia infantile, 68, 75, 167, 230
anger system. Vedi angoscia da separazione, 223, 295
angoscia dell'estraneo, 119, 187
Anna Freud Center, 63
annullamento retroattivo, 254, 255, 256, 289
ansia, 69, 70, 72, 84, 102, 110, 184, 187, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 235, 236, 267, 281, 283, 284, 295, 297, 302, 303, 309, 313, 316
come segnale dell'Io, 222
anticipazione, 272, 275, 293
apparato percettivo, 192, 278, 279, 281, 297, 301, 324
apparato psichico, 27, 35, 43, 62, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 80, 84, 87, 140, 150, 154, 160, 161, 163, 167, 168, 169, 171, 180, 183, 187, 193, 196, 210, 213, 222, 223, 224, 226, 249, 272, 278, 285, 292, 295, 296, 314, 325
ascetismo adolescenziale, 259, 262
assimilazione, 126, 141, 179, 184, 186, 204, 247, 252, 318
attualizzazione, 70, 146, 150, 151, 152, 163, 164, 217, 227, 296, 302
—, modalità di, 151, 164
attualizzazioni esterne, 150, 152, 155, 295
attualizzazioni interne, 151, 152, 295
autismo, 91, 98, 113, 201, 331
autoaffermazione, 274
autoconservazione, 22, 70, 193
autoosservazione, 275
autosopravvivenza, 16, 43
autostima, 80, 81, 83, 153, 184, 228, 245, 268, 281, 304, 308, 312, 314, 317
background di sicurezza, 299
bambini iperreattivi, 110

bambini orchidea, 104, 111
 bambini soffioni, 104, 111
 barriera per gli stimoli, 278
 base di sicurezza, 16
benessere, 22, 24, 70, 78, 80, 81, 83, 84, 140, 147, 151, 159, 163, 171, 193, 195, 199, 217, 225, 226, 248, 251, 252, 279, 281, 292, 294, 295, 296, 301, 302, 303, 315, 322, 324
 biologia, 54, 112
 Bion, 41, 43, 143, 213, 214, 216, 250, 327
 Bonaccorsi, 55, 56, 327
Capgras, sindrome di, 190, 191
 capovolgimento dal passivo in attivo, 261
carattere, 37, 42, 45, 46, 58, 74, 91, 92, 100, 103, 150, 151, 155, 157, 163, 165, 177, 180, 189, 205, 208, 228, 235, 236, 248, 249, 254, 269, 284, 286, 287, 315, 317, 319, 324
 carattere di tipo fobico, 232
care system, 80. Vedi sistema neuromotivazionale dell'accudimento materno.
care-giver, 80
censura, 68, 76, 167, 171, 230
 Centro Studi di via Ariosto, Milano, 63
 cervello, 35, 37, 38, 55, 56, 58, 59, 74, 97, 113, 116, 131, 157, 201, 225, 294, 320, 333
 Coen Pirani, Paolo, 308, 328
 compartimentalizzazione, 255, 259, 289
 Compendio di psicoanalisi, 45, 214, 329, 332
complesso di Edipo, 181
condensazione, 229, 231, 232
 confini del Sé, 124, 192, 293
 conflitto, 43, 45, 52, 70, 72, 80, 81, 83, 86, 91, 122, 143, 149, 153, 159, 166, 168, 183, 187, 189, 222, 236, 238, 240, 252, 259, 260, 263, 264, 267, 268, 275, 277, 306, 307
 conflittualità, 121, 167, 187, 189, 246, 275, 293, 308
 consensualità, 41, 64
 consonanza, 52
 contenitore–contenuto (modello di Bion), 217
controidentificazioni, 65, 198
 Controllo onnipotente, 242
controtransfert, 39, 149, 207, 214, 215, 216, 217, 240
 corpo, 45, 62, 78, 82, 83, 116, 119, 120, 122, 125, 137, 163, 178, 185, 187, 191, 194, 195, 208, 221, 222, 241, 267, 268, 276, 277, 278, 279, 290, 292, 295, 296, 297, 300
 cortisolo, 108
coscienza, 38, 52, 66, 67, 68, 72, 76, 82, 136, 153, 158, 163, 167, 168, 171, 181, 222, 229, 248, 254, 258, 267, 273, 275, 276, 277, 278, 284, 295, 297, 303, 318, 331
costanza dell'oggetto, 117, 124, 249, 286
 deficit dell'attenzione, 91, 99
 definizioni di psicoanalisi, 15
de-identificazione, 26
 delirio, 50, 270
 depersonalizzazione, 221
 depressione, 86, 91, 98, 99, 101, 103, 140, 190, 197, 226, 237, 248, 252, 287, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 330
 depressione anaclitica, 310
 depressione postpartum, 324
depressione-ritiro, 315
 derealizzazione, 221
 diagnosi, 146, 147, 148, 149, 164, 205, 227, 236, 271, 284, 285, 308, 331
 diagnosi psicoanalitica, 285
 diagnosi strutturale, 146, 149
dialogo psicologico intrapsichico, 281
 difese di base, 228
 difese di controllo, 259, 289
 difese mature, 253
 difese minori, 254, 261, 269
 difese ossessive, 254
 difese primitive, 239, 253
difese psicologiche, 69, 74, 76, 151, 169, 227, 293
diniego, 38, 151, 211, 239, 241, 245, 270, 309
dismorfofobia, 237
 dissociazione, 66, 211, 239, 276, 277, 278, 284, 290
 dissonanza, 51, 52, 81
disturbi di personalità, 148, 266, 285, 287, 328

disturbo da personalità multipla, 178
disturbo di controllo degli impulsi, 109
disturbo dissociativo dell'identità, 178, 276, 284, 290
disturbo narcisistico di personalità, 190, 243
disturbo ossessivo-compulsivo, 287
Disturbo Postraumatico da Stress, 282
 DNA, 106
dolore fisico, 163, 187, 292, 315, 324
dolore psichico, 81, 82, 87, 163, 211, 226, 231, 252, 255, 292, 294, 315, 324
dopamina, 99, 103
 DSM, 148, 240, 256, 271, 282, 283, 327, 328
 Edelman, 97, 328
 Edipo, 26, 75, 181
egocentrismo, 129
 Eissler, 43, 47, 48, 49, 328
emozioni, 26, 27, 35, 41, 42, 98, 99, 159, 177, 183, 201, 204, 208, 211, 213, 223, 250, 254, 275, 283, 293, 294, 312, 323
empatia, 46, 144, 182, 183, 201, 207, 211, 246, 250
epigenesi, 99, 322, 326
erotizzazione, 268, 289
Es, 44, 45, 70, 71, 75, 77, 149, 154, 178, 180, 183, 184, 222, 228, 258, 273, 274, 285, 308
esame dei concetti, 36
Esame della realtà concettuale, 36, 37, 38, 61
esame di realtà, 35, 36, 37, 38, 60, 65, 121, 122, 168, 170, 204, 235, 237, 239, 247, 251, 272, 274, 275, 285, 286, 300, 319
esternalizzazione, 102, 104, 145, 180, 203, 204, 205, 217, 263
esternalizzazioni, 99, 102, 103, 109, 252, 263
eustress, 284
 Falso sé, 257
famiglia, 51, 52, 60, 102, 107, 111, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 150, 152, 155, 158, 159, 164, 165, 166, 168, 170, 171, 177, 180, 181, 182, 183, 185, 231, 232, 237, 265, 270, 284, 307
famiglia interna, 141, 146, 150, 158, 159, 166, 170, 181
fantasia, 22, 66, 67, 77, 79, 113, 130, 141, 156, 158, 160, 207, 209, 210, 213, 216, 218, 227, 239, 240, 248, 250, 261, 281, 287
fantasia di desiderio, 22
fantasie inconscie, 150, 164, 208, 216, 233, 279
fantasie schizoidi difesa a tipo, 239
fascinazione, 272
fase autistica normale, 117, 118
fase della differenziazione, 119
fase dello specchio, 187, 188, 325
fase di riavvicinamento, 121, 122
fear system. Vedi sistema neuromotivazionale della paura.
 Ferenczi, Sandor, 212, 247, 261, 328
fiducia, 92, 124, 243, 261, 271, 292, 304, 317
fissazioni, 123, 306
 Fonagy, 73, 328
formazione reattiva, 259, 260
 Fregoli, sindrome di, 190, 191
 Freud, Sigmund, 32, 37, 42, 44, 45, 48, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 79, 80, 92, 117, 139, 152, 153, 158, 160, 161, 163, 166, 170, 179, 180, 181, 182, 184, 190, 191, 192, 193, 205, 212, 214, 215, 222, 223, 229, 230, 231, 232, 238, 241, 249, 250, 256, 264, 267, 270, 272, 273, 276, 277, 278, 286, 293, 295, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 311, 313, 316, 328, 329, 332
 Freud, Anna, 65, 134, 142, 163, 184, 191, 196, 212, 247, 261, 262, 263, 328
funzione giroscopica delle fantasie, 70
 Galin, 55, 329
gemellarità, 132, 133
gemelli, 97, 112, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 333
gemelli monozigoti, 131
generalizzazione, 255, 258, 289
genetica, 55, 74, 82, 92, 97, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 108, 110, 141, 147, 177, 323
geni, 92, 99, 100, 101, 104, 107, 108, 111
giroscopio, 70
gnosi, 323
 Hartmann, Heinz, 177
ideali, 53, 72, 77, 79, 80, 81, 82, 141, 149, 158, 165, 167, 168, 184, 185, 186, 199, 243, 270, 275, 281, 296, 307, 312, 315, 317, 324

idealizzazione, 239, 243, 245, 289, 319

identificazione, 24, 41, 58, 63, 78, 80, 114, 119, 123, 124, 132, 133, 134, 135, 137, 158, 164, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188, 190, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 209, 210, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 222, 228, 229, 231, 239, 247, 248, 261, 289, 305, 308, 318

identificazione con l'aggressore, 184, 212, 247, 308, 318

identificazione introiettiva, 210

identificazione narcisistica, 184

identificazione primaria, 82, 183, 189, 199

identificazione proiettiva, 190, 203, 208, 209, 210, 213, 214, 216, 249, 250

—, definizione di, 207

meccanismo di difesa, 207, 247, 249

identificazioni del bambino, 51, 158, 185

identità di genere, 112, 114

identità di percezione, 152, 160, 161, 165, 237, 293

identità personale, 123, 141, 154, 190, 284, 286

identità psicologica, 177

immedesimazione, 182, 183, 185, 190, 201, 213

Inconscio, 52, 55, 67, 68, 72, 75, 76, 83, 166, 167, 168, 293

—, caratteristiche speciali del sistema, 293

inconscio dinamico, 68, 171, 229

Inconscio passato, 74, 77, 83, 157, 167, 168, 169, 171, 230

Inconscio presente, 76, 84, 167, 230

indirizzo cognitivo-comportamentale, 148

individuazione, 53, 80, 81, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 133, 134, 136, 142, 154, 163, 165, 167, 171, 186, 217, 225, 235, 243, 269, 274, 285, 286, 307, 315, 318, 330

induzione di ruolo, 44, 50, 51, 129, 144, 145, 146, 164, 165, 217, 237, 238, 266, 301, 302, 314

infant observation. Vedi osservazione del neonato.

intellettualizzazione, 255, 257, 258

internalizzazione, 180, 203, 231, 263

internalizzazioni, 263

Interpretazione dei sogni, 160

introietto, 72, 83, 125, 158, 185

introiezione, 121, 179, 184, 185, 186, 203, 208, 218, 239, 247, 248, 265, 281, 289, 315, 317, 318

investimento narcisistico, 122

Io, 35, 37, 39, 43, 44, 45, 46, 50, 55, 60, 69, 70, 71, 72, 77, 80, 83, 87, 117, 119, 122, 123, 124, 149, 168, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 188, 191, 199, 202, 205, 208, 210, 212, 222, 226, 228, 230, 236, 249, 256, 274, 276, 285, 289, 293, 299, 304, 306, 308, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 328, 329

ipocondriasi, 236, 267

isolamento, 201, 254, 255, 257, 259, 289

Jung, Gustav, 64

Klein, Melanie, 43, 63, 133, 142, 164, 183, 192, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 216, 217, 225, 229, 249, 250, 309, 310, 311, 316, 330

Lacan, Jacques, 63, 168, 188, 189, 196, 325, 330

livello evolutivo di organizzazione borderline, 235, 246, 286

livello evolutivo di organizzazione della personalità, 285, 287, 289

livello evolutivo di organizzazione nevrotica, 235, 286

livello evolutivo di organizzazione psicotica, 235, 252, 285

lucus genico, 98

Lurija, 265

lust system. Vedi sistema neuromotivazionale del piacere

lutto, processi del, 164, 181, 225, 231, 248, 249, 275, 303, 304, 307, 308, 318, 319, 330

Lutto e Melanconia, 303, 308, 328

macachi, 106, 107, 108, 109, 218

macrostrutturale, punto di vista, 149

macrostrutture, 149, 285

magia, 242

Mahler, Margaret, 79, 116, 117, 119, 121, 125, 133, 154, 286, 331

manipolazione, 24, 144, 164, 214, 267, 273, 299, 301, 326

matrici, 37, 53, 74, 75, 77, 83, 154, 160, 166, 167, 168, 169, 171, 186, 323

matrici dinamiche, 157
 maturità, 253, 269, 270, 274, 310, 311
 McWilliams, Nancy, 17, 227, 271, 285, 308, 317, 331
 meccanismi di difesa, 38, 67, 69, 131, 151, 163, 177, 184, 210, 212, 222, 226, 227, 230, 232, 235, 238, 240, 241, 245, 247, 250, 259, 261, 263, 264, 277, 284, 295, 297, 302, 313, 314, 328, 331
melanconia, 182, 190, 249, 303, 304, 305, 307, 329
memoria autobiografica, 75, 230
 memorie implicite, 76, 156, 157, 169
 mentalizzazione, 113
 metapsicologia, 25, 54, 62, 66
metodologia per identificazione, 25
metodologia psicoanalitica, 34, 67
 microstrutturale, punto di vista, 149
microstrutture, 150, 285
mirror neurons. Vedi neuroni specchio
modello delle tre scatole, 65, 74, 125
 modello metapsicologico, 63, 65, 66, 73
modello neofreudiano, 64, 66
 modello topografico, 68, 69, 71, 75
 mondo interno, 37, 48, 58, 67, 72, 77, 79, 81, 84, 145, 149, 150, 158, 163, 170, 203, 215, 228, 232, 249, 279, 323
 moralizzazione, 255, 258, 289
 narcisismo, 80, 82, 119, 184, 191, 192, 196, 305, 316
narcisismo primario, 192, 199
narcisismo secondario, 119, 197
 Negazione, 270
 negligenza spaziale unilaterale, 241
neuroni specchio, 200, 201, 218
neuropsicoanalisi, 33, 34, 54, 56, 57, 58
 neuroscienze, 35, 53, 54, 56, 57, 58, 66, 73, 201, 218, 223, 320
 ninfomania, 268
 oggetti (primi oggetti interni del bambino), 324
oggetti interni, 53, 79, 83, 144, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 164, 166, 167, 170, 185, 186, 199, 208, 217, 281, 285, 286, 333
 oggetto d'amore, 123, 305, 306
 oggetto della relazione, 22
oggetto transizionale, 135, 298
 omeostasi, 70, 77, 81, 82, 87, 150, 151, 194, 224, 252, 261, 265, 286, 289, 299, 314
onnipotenza primaria, 242
onnipotenza secondaria, 242
 osservazione del neonato, 36, 60
panic system. Vedi sistema neuromotivazionale del panico.
 Panksepp, Jaak, 58, 223, 225, 294, 295, 321, 331
parametri dell'analisi, 48, 51
 paziente, 34, 39, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 58, 59, 62, 63, 79, 85, 91, 98, 100, 130, 140, 143, 146, 147, 148, 149, 164, 166, 190, 193, 207, 209, 214, 215, 216, 217, 230, 236, 240, 241, 244, 245, 246, 249, 250, 252, 256, 263, 265, 276, 277, 296, 300, 301, 311, 318
paziente designato, 143, 144
 pensiero ipotetico-deduttivo, 130
percezione, 22, 35, 36, 37, 51, 72, 77, 82, 85, 86, 87, 121, 127, 145, 146, 152, 159, 160, 161, 163, 188, 192, 204, 205, 206, 211, 216, 217, 221, 222, 226, 229, 245, 262, 270, 278, 279, 284, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 314, 315, 322, 324, 325, 326
 personalità, 45, 46, 48, 50, 56, 65, 71, 75, 86, 91, 92, 99, 100, 131, 132, 133, 134, 136, 146, 148, 149, 150, 151, 154, 163, 171, 177, 180, 184, 190, 204, 211, 216, 227, 231, 232, 235, 236, 240, 242, 246, 248, 254, 260, 264, 265, 271, 275, 276, 277, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 290, 308, 317, 319
personalità dell'analista, 48
personalità di tipo depressivo, 289
personalità di tipo narcisistico, 289
personalità di tipo ossessivo, 289
personalità di tipo schizoide, 287
personalità fobica, 289
personalità isterica, 236, 241, 289
personalità istrionica. Vedi personalità isterica
personalità masochistica, 289
personalità paranoide, 289
personalità psicopatica, 287
 Piaget, Jean, 117, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 204, 206, 207, 331

polimorfismo genetico, 97, 105, 107
posizione depressiva, 209, 310
posizione schizo-paranoide, 210, 309
Preconscio, 69, 76, 230
pregiudizi, 23, 242, 258
principio del piacere, 37, 109, 155, 159, 166, 170, 248, 252, 278, 279, 293, 329
principio di realtà, 158, 239, 254, 273, 279
principio di sicurezza, 296, 300
Progetto di una psicologia, 56
proiezione, 42, 77, 164, 183, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 213, 218, 229, 239, 245, 247, 250, 261, 289
definizione di, 204
prospettiva in terza persona, 33
protocolli terapeutici, 24
psicoanalista, 39, 45, 52
psicosi, 50, 151, 161, 197, 211, 227, 250, 287, 310
psicoterapia psicoanalitica, 29, 47, 50, 55, 58, 59, 62, 73, 145, 146, 179
psicoterapia psicoanalitica della famiglia, 65
pulsione, 22, 43, 94, 153, 180, 223, 229, 293, 295
rappresentazione del Sé, 185, 189, 198
razionalizzazione, 254, 255, 257, 258, 264, 289
realtà esterna, 27, 36, 42, 51, 52, 67, 78, 81, 147, 154, 156, 166, 178, 184, 187, 194, 195, 203, 205, 248, 256, 270, 279, 293, 304, 323
realtà interna, 42, 52, 60, 226, 245, 261
reazione depressiva, 296
reazione maniacale, 308
regressione, 56, 72, 161, 181, 190, 196, 226, 229, 235, 236, 251, 253, 282, 289, 293, 303, 305, 307, 314, 324
relazione di ruolo, 51, 164, 217
relazione psicoanalitica, 28, 39, 41, 43
relazioni d'oggetto, 37, 141, 150, 227
relazioni oggettuali, 22, 50, 112, 117, 130, 140, 145, 150, 154, 156, 169, 191, 207, 216, 217, 250, 252, 279, 287, 297
repressione, 275
restrizione dell'Io, 313
rêverie, 213
rhesus macaco, 106, 107, 109, 111
riformimento narcisistico, 80, 81
rimozione, 67, 68, 75, 151, 222, 229, 230, 267, 275, 277, 289
rinuncia altruistica, 261, 269
rispondenza di ruolo, 51, 144, 145, 146
ritardo mentale, 148
ritiro primitivo. Vedi *fantasie schizoidi*
rivolgimento contro il sé, 259, 260, 289
Rizzolati, Giacomo, 218
romanzo familiare, 158, 170
Rycroft, Charles, 16, 43, 45, 46
Saccani, Paolo, 144, 332
Sacks, Oliver, 40, 265
Sandler, Joseph e Anne-Marie, 38, 39, 45, 46, 47, 50, 59, 60, 63, 64, 65, 70, 73, 74, 75, 82, 125, 145, 146, 149, 151, 152, 153, 156, 159, 160, 163, 164, 167, 172, 199, 206, 207, 214, 216, 217, 227, 230, 241, 243, 250, 257, 266, 269, 291, 299, 314, 315, 316, 324, 325, 330, 332, 333
Sandler, Anne-Marie, 35
Sandler, Joseph, 35, 63, 73, 164, 206, 230
schema di riferimento, 23, 48, 66, 67, 68, 72, 75, 76, 149, 178
schema di riferimento topografico, 66, 67
schizofrenia, 91, 299
scienza empirica, 34
scissione, 188, 207, 211, 239, 251, 252, 253, 258, 284, 309
Sé, 43, 72, 77, 117, 120, 122, 133, 151, 155, 156, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 178, 180, 185, 186, 188, 192, 194, 195, 196, 199, 202, 207, 210, 216, 217, 224, 227, 228, 235, 239, 246, 253, 254, 269, 271, 275, 277, 279, 285, 289, 310, 328
Sé attuale, 81, 83, 84, 86, 159, 168, 171, 270, 275, 281, 285, 324
Sé corporeo, 78, 120, 195
Sé ideale, 72, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 149, 164, 171, 186, 187, 281, 285, 324
seconda censura, 69, 77, 167, 230
seduttività, 268
seeking system. Vedi *sistema neuromotivazionale di ricerca*
selezione naturale, 101, 193

Self, 77, 331
 seno, 62, 73, 119, 120, 126, 134, 135, 144, 150, 187, 208, 324
 sentimenti, 27, 38, 41, 42, 43, 46, 53, 57, 58, 75, 76, 80, 81, 83, 84, 85, 87, 130, 133, 145, 151, 153, 157, 159, 163, 167, 171, 182, 185, 186, 187, 201, 204, 206, 208, 215, 216, 221, 225, 230, 232, 238, 241, 245, 246, 250, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 262, 263, 264, 266, 270, 278, 282, 286, 289, 292, 293, 294, 296, 300, 302, 303, 310, 311, 313, 315, 316, 317, 318, 323, 324
 sentimenti di colpa, 82, 283, 310
separation distress system. Vedi sistema neuromotivazionale del panico.
 separazione dall'oggetto, 185, 286
 separazione-individuazione, 116, 117, 119, 124, 134, 286
 serotonina, 98, 99, 109
 sessualizzazione, 267, 268, 289
 setting, 23, 45, 46
 sicurezza, 22, 38, 44, 46, 53, 70, 79, 80, 83, 84, 86, 124, 140, 141, 145, 151, 152, 153, 154, 156, 159, 165, 185, 187, 199, 217, 226, 227, 232, 242, 249, 251, 252, 255, 260, 262, 278, 279, 281, 286, 287, 292, 294, 295, 296, 297, 300, 301, 302, 303, 314, 324, 325
 background della, 217
 simbiosi, 119, 132, 133, 134, 135
 sindrome di Don Giovanni, 268
 sindrome di Gilles de la Tourette, 265
 sindrome di Münchhausen, 80, 236
 —, per procura, 237
 sintonia, 111, 141, 189
 sistema neuromotivazionale del panico, 223, 225
 sistema neuromotivazionale del piacere, 223
 sistema neuromotivazionale dell'accudimento materno, 223
 sistema neuromotivazionale della paura, 223, 224, 225
 sistema neuromotivazionale della rabbia, 223, 224
 sistema neuromotivazionale di ricerca, 223, 225
 Solms, Mark, 29, 56, 57, 58, 59, 73, 330, 333
 somatizzazione, 236, 239
 Sperry, Roger, 55, 333
 Spitz, Renè, 187, 310, 311, 333
 spostamento, 34, 166, 199, 215, 229, 231, 261, 267, 289, 298, 304
stadio del pensiero operatorio concreto, 127, 129
stadio del pensiero operatorio formale, 127, 129
stadio del pensiero pre-operatorio, 127, 128
stadio senso-motorio, 127
 stato crepuscolare, 277
 stile, 46, 77, 83, 147, 150, 163, 199, 228, 235, 254, 285, 306, 317
 stile cognitivo, 77, 83, 147, 150, 163, 199
 Stoller, Robert, 112, 333
 stress, 35, 108, 243, 244, 245, 251, 283, 284, 331
 struttura di personalità, 237, 284
 struttura fobica, 205, 232
 struttura psicologica, 82, 85, 149, 163
 strutture difensive, 42
 strutture psicologiche, 149, 156, 206, 208, 324
Studi sull'isteria, 48, 276
 sublimazione, 270
 suicidio, 57, 140, 252, 301, 304
 Suomi, Stephen, 106, 107, 110
Super-io, 70, 71, 72, 75, 79, 109, 149, 154, 183, 186, 228, 258, 263, 265, 273, 274, 285, 308
 supermamme, 110
 suscettibilità genetica differenziale, 101, 106, 111
 svalutazione, 239, 243, 244, 245, 262, 289
 sviluppo affettivo, 322
 sviluppo cognitivo, 121, 125, 127, 129, 322, 325
 sviluppo infantile, 33, 34, 79, 116, 152, 205, 239, 243, 319
 sviluppo psicologico, 84, 139, 184, 206, 311
 tecnica psicoanalitica, 48, 50, 51, 62
 tecniche di controllo della percezione, 146, 297, 299, 325

temperamento, 46, 65, 97, 99, 158, 177, 180, 228, 275, 294, 323
teoria della scarica corollaria, 297, 324
teoria della tecnica psicoanalitica, 51
teoria della vulnerabilità genetica, 111
teorie ufficiali, 23, 39, 51, 189
terza censura, 167, 171
topica, 67, 68, 69, 149, 180
transfert, 39, 50, 149, 164, 207, 211, 214, 215, 216
—, *definizione di*, 214
tratto del carattere, 103

trauma, 35, 48, 66, 276, 278, 282, 283
—, *definizione di*, 278
trauma affettivo, 48, 66
Turnbull, Oliver, 29, 56, 333
umorismo, 243, 258, 273, 274, 329
urgenza motivazionale, 22
urgenza perentoria, 154, 194
vergogna, 42, 53, 82, 157, 163, 167, 171, 183, 186, 230, 238, 258, 270
Weiss, Edoardo, 183, 199, 312
Winnicott, Donald, 119, 214, 257, 298, 333
Zanettovich, Andrea, 47, 333

Indice delle figure

Figura 1: La relazione	22
Figura 2: Le “strutture stabili stratificate” dell’identità personale	40
Figura 3: Il primo modello freudiano di riferimento del trauma affettivo	67
Figura 4: I “sistemi” dell’apparato mentale nel modello di riferimento topografico.	69
Figura 5: Il modello di riferimento strutturale freudiano	71
Figura 6: Il modello delle tre scatole di Sandler	76
Figura 7: Le fasi dello sviluppo sessuale secondo Freud	93
Figura 8: Sovrapposizione delle fasi dello sviluppo sessuale	95
Figura 9: Esternalizzazioni in bambini iperattivi	105
Figura 10: Le fasi del processo di individuazione e separazione	118
Figura 11: Gli stadi dello sviluppo cognitivo del bambino secondo Piaget	127
Figura 12: Rappresentazione dei funzionamenti dell’Inconscio passato	169
Figura 13: Le vicissitudini delle relazioni d’oggetto nel modello delle tre scatole	173
Figura 14: Situazione iniziale nella fase di narcisismo primario	193
Figura 15: Situazione finale nella fase di narcisismo primario	194
Figura 16: Inizio dell’investimento oggettuale	195
Figura 17: La maturità, situazione all’equilibrio tra narcisismo e amore oggettuale	196
Figura 18: Ritiro narcisistico	197
Figura 19: Identificazione secondaria	198
Figura 20: Realtà e fantasia	234
Figura 21: L’apparato percettivo secondo Freud	280
Figura 22: I tipi di personalità nel modello bidimensionale	288

Indice generale

Prefazione di Giovanni Pieralisi e Andrea Zanettovich	7	PARTE SECONDA	
Premessa	9	SVILUPPO E OMEOSTASI AFFETTIVA	89
PARTE PRIMA		4. Sviluppo genetico e ambientale a confronto	91
FONDAMENTI DI PSICOANALISI	13	<i>L'inscindibilità di genetica e ambiente</i>	91
1. Introduzione: la psicoanalisi oggi	15	<i>Un primo esempio: adattabilità e polimorfismo genetico</i>	97
2. La ricerca in psicoanalisi	28	<i>La teoria della suscettibilità genetica differenziale</i>	101
<i>Ricerca scientifica e psicoanalisi</i>	28	<i>Etologia del vantaggio genetico differenziale</i>	106
<i>Le metodiche della scienza empirica</i>	34	<i>Un secondo esempio:</i>	
<i>L'esame della realtà concettuale</i>	36	<i>lo sviluppo dell'identità di genere</i>	112
<i>Le metodiche della psicoanalisi</i>	42	<i>Il processo di individuazione e separazione</i>	116
<i>Lo studio delle variabili inerenti all'analista</i>	44	<i>Lo sviluppo cognitivo secondo Piaget: una rivisitazione psicoanalitica</i>	125
<i>Lo studio delle variabili inerenti al paziente</i>	47	5. Omeostasi affettiva: dalla famiglia esterna alla famiglia interna	139
<i>Lo studio delle variabili specifiche della relazione</i>	50	<i>La famiglia</i>	141
<i>Teorie private e teorie ufficiali della tecnica psicoanalitica</i>	51	<i>La psicoterapia della famiglia</i>	142
<i>La ricerca mediante il confronto con le neuroscienze: la neuropsicoanalisi</i>	54	<i>La rispondenza di ruolo e le tecniche di controllo della percezione</i>	145
<i>La ricerca mediante il confronto con la psicologia evolutiva: l'osservazione del bambino</i>	59	<i>La diagnosi strutturale</i>	146
3. Il modello psicoanalitico strutturale della mente: da Freud a Sandler	62	<i>I diversi livelli di valutazione diagnostica</i>	148
<i>Il mio orientamento in psicoanalisi</i>	63	<i>Omeostasi familiare e omeostasi individuale</i>	150
<i>Il modello psicoanalitico di Joseph e Anne Marie Sandler</i>	65	<i>La famiglia come gruppo: adattamento del bambino e adattamento della famiglia</i>	152
<i>I tre schemi di riferimento di Freud</i>	66	<i>L'identità di percezione all'interno delle interazioni familiari</i>	152
<i>Il modello metapsicologico di Joseph Sandler</i>	73	<i>Gli oggetti interni</i>	153
<i>Una quarta macrostruttura:</i>		<i>La crescita psicologica e la rinuncia al principio del piacere</i>	155
<i>gli ideali e lo sviluppo del Sé ideale</i>	77	<i>Oggetti interni quali memorie implicite</i>	156
<i>La discrepanza tra Sé attuale e Sé ideale: un esempio</i>	84		

<i>Famiglia interna e romanzo familiare</i>	158	(3) <i>Lo spostamento</i>	231
<i>Benessere e sicurezza</i>	159	(4) <i>La condensazione</i>	232
<i>La persistenza delle strutture</i>	163	(II) <i>La regressione e i livelli evolutivi di organizzazione della personalità nella patologia</i>	235
<i>L'induzione di ruolo nella famiglia</i>	164	(III) <i>Le difese primitive</i>	239
<i>I rapporti tra oggetti interni esperienziali e non</i>	167	(1) <i>Le fantasie schizoidi</i>	239
<i>Lo sviluppo delle matrici</i>	168	(2) <i>Il diniego</i>	241
PARTE TERZA		(3) <i>Il controllo onnipotente</i>	242
I PROCESSI DI STRUTTURAZIONE DELL'APPARATO PSICHICO	175	(4) <i>L'idealizzazione</i>	243
6. <i>L'identificazione e altre internalizzazioni</i>	177	(5) <i>La svalutazione</i>	244
<i>L'identificazione</i>	179	(6) <i>La proiezione</i>	245
<i>L'identificazione come base dell'apprendimento</i>	180	(7) <i>L'introiezione</i>	247
<i>I meccanismi di assimilazione dell'esperienza</i>	184	(8) <i>L'identificazione proiettiva</i>	249
<i>Rapporti tra le identificazioni e sentimenti di sicurezza</i>	185	(9) <i>La scissione</i>	251
<i>L'integrazione dell'identità: la fase dello specchio</i>	187	(IV) <i>Le difese più mature</i>	253
<i>Le sindromi da misidentificazione</i>	190	1. <i>Le difese ossessive</i>	254
<i>Lo sviluppo dell'identità e il narcisismo</i>	191	1.1. <i>L'isolamento</i>	255
<i>I neuroni a specchio come correlato neurale dell'identificazione</i>	200	1.2. <i>L'annullamento retroattivo</i>	256
7. <i>La proiezione e altre esternalizzazioni</i>	203	1.3. <i>La razionalizzazione</i>	257
<i>La proiezione</i>	204	1.4. <i>L'intellettualizzazione</i>	257
<i>Lo sviluppo infantile e l'esternalizzazione</i>	205	1.5. <i>La generalizzazione</i>	258
<i>Il concetto di identificazione proiettiva: il punto di vista di Melanie Klein</i>	207	1.6. <i>La moralizzazione</i>	258
<i>L'identificazione proiettiva: identificazione o proiezione?</i>	210	1.7. <i>La compartimentalizzazione</i>	259
<i>La dimensione interpersonale del concetto di identificazione proiettiva: il punto di vista di Bion e Winnicott</i>	213	2. <i>Le difese di controllo narcisistico agenti prevalentemente sul Sé</i>	259
<i>Il punto di vista di Sandler.</i>		2.1. <i>Il rivolgimento contro il sé</i>	259
<i>Riferimenti al transfert e controtransfert</i>	214	2.2. <i>La formazione reattiva</i>	260
<i>Identificazione proiettiva e neuroni specchio</i>	218	2.3. <i>Il capovolgimento dal passivo in attivo</i>	261
PARTE QUARTA		2.4. <i>La rinuncia altruistica</i>	261
REGOLAZIONE E MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI AFETTIVA	219	2.5. <i>L'ascetismo adolescenziale</i>	262
8. <i>La via trasformativa del dolore: dall'ansia ai meccanismi di difesa</i>	221	3. <i>Le difese di controllo oggettuale (agenti prevalentemente sull'oggetto)</i>	263
<i>L'ansia</i>	221	3.1. <i>L'acting out</i>	263
<i>L'ansia e gli istinti in un confronto tra le neuroscienze e la psicoanalisi</i>	223	3.2. <i>L'aggressione passiva</i>	266
<i>I meccanismi di difesa</i>	227	3.3. <i>Ipocondriasi (lamentarsi ma rifiutare l'aiuto offerto)</i>	267
(I) <i>Le difese di base</i>	228	3.4. <i>La sessualizzazione (istintualizzazione)</i>	267
(1) <i>La rimozione</i>	229	(V) <i>Le difese minori</i>	269
(2) <i>L'identificazione</i>	231	1. <i>L'altruismo</i>	269
		2. <i>La negazione</i>	270
		3. <i>La sublimazione</i>	270
		4. <i>L'affiliazione</i>	271
		5. <i>L'anticipazione</i>	272
		6. <i>L'umorismo</i>	273
		7. <i>L'autoaffermazione</i>	274
		8. <i>L'autoosservazione</i>	275
		9. <i>La repressione (o soppressione)</i>	275
		(VI) <i>Un meccanismo di difesa particolare in risposta al trauma: la dissociazione. Alcune note sul ruolo delle difese nella strutturazione della personalità</i>	284

9. La via conservativa dell'omeostasi affettiva: dalla sicurezza alla depressione	291	Altri punti di vista sulla depressione	310
<i>La regolazione affettiva dell'attività psichica</i>	294	<i>La restrizione dell'Io</i>	313
Il principio di sicurezza	296	<i>Depressione: una risposta adattativa</i> <i>(il punto di vista di Sandler)</i>	314
Ulteriori dati neurofisiologici sull'apparato percettivo	297	<i>La depressione e le strutturazioni</i> <i>narcisistiche di personalità</i>	316
Le tecniche di controllo della percezione: adattamento psichico intrapersonale ed interpersonale	299	<i>Depressione come struttura di personalità</i>	317
Induzione di ruolo e mantenimento del sentimento di sicurezza	301	<i>Le neuroscienze della depressione</i> <i>a confronto con i concetti psicoanalitici</i>	320
Sviluppo infantile e sentimenti di sicurezza	302	10. Lo sviluppo infantile: una visione d'insieme	322
Depressione come sintomo	303		
Il punto di vista di Freud sulla depressione	304	Bibliografia citata	327
<i>Depressione: una reazione al dolore</i> <i>presente a ogni livello evolutivo</i>	307	Indice analitico	335
La reazione maniacale	308	Indice delle figure	343
<i>Depressione come una tappa essenziale dello</i> <i>sviluppo (il punto di vista di Melanie Klein)</i>	309	Indice generale	344