

Il cambiamento terapeutico alla luce delle conoscenze attuali sulla memoria e i processi inconsci multipli

Hugo Bleichmar

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Parole chiave: angoscia di castrazione, decentramento dalla propria mente, Edipo, scissione verticale, stati affettivi, inconscio effetto di processi difensivi, inconscio originario per identificazione, inconscio originario delle interazioni, desiderio, memoria.

Traduzione: Giovanni Cioli

“E’ un amico Platone, ma più amica è la verità” *

La psicoanalisi si trova in un momento molto speciale: crisi, rinnovamento ed espansione si intrecciano. Dopo più di un secolo di esistenza, le sue ipotesi fondamentali sull’importanza dell’inconscio nella determinazione della condotta, messe a lungo in discussione, hanno ricevuto validazione empirica in ambito neuroscientifico e nella psicologia cognitiva (si veda l’eccellente revisione di Westen (1999) e anche il lavoro sperimentale di Shevrin e coll. (1996)). Si combatte la psicoanalisi mentre al tempo stesso si assumono, in altre forme di psicoterapia e nella psicologia accademica, i suoi concetti sulle motivazioni inconse, le difese, il ruolo delle relazioni precoci nell’organizzazione dello psichismo, il transfert, etc. Il comportamentismo radicale ha ceduto di fronte all’evidenza dei processi mentali che si rifiutava di studiare. Attualmente la sua applicazione alla psicoterapia sta prendendo la forma di interventi cognitivo-comportamentali. La psicoterapia cognitiva sta andando oltre ai pensieri automatici accessibili all’auto osservazione e cerca di districare le reti associative inconse dalle quali i pensieri inconsci sono derivati.

Ma, nonostante tutto questo, un profondo e legittimo malessere aleggia nel campo psicoanalitico. E’ sufficiente leggere le principali riviste psicoanalitiche per costatare che l’insoddisfazione riguardo alla teoria e la tecnica terapeutica già è una questione che si dibatte apertamente. Fatta eccezione per i gruppi endogamici che si chiudono nella ripetizione dei loro dogmi, la necessità di revisione è diventata una corrente che avanza energicamente. Il rispetto e l’ammirazione per Freud non ostacolano la critica e la riformulazione di molte delle sue affermazioni. Parafrasando: è un amico Freud, ma più

amica è la verità. E lo stesso vale riguardo alle grandi figure che promossero lo sviluppo della psicoanalisi.

E' crescente il numero degli autori che si collocano al di fuori delle "scuole" e delle loro frontiere e che non cercano solo l'integrazione delle migliori e differenti correnti (si veda Liebermann e Bleichmar, 2001), o il dialogo reciprocamente fertile della psicoanalisi con le altre discipline – neuroscienza, psicologia cognitiva, etc. - ma, e questo è l'essenziale, che cercano di far avanzare la conoscenza mostrando la complessità del funzionamento dello psichismo, non accontentandosi della ripetizione di vecchie formule semplificanti con cui si pensava di abbracciare tutto. Da parte della neuroscienza, che molti analisti sospettano minacciosa e ostile, voci qualificate ribadiscono la loro fiducia nel futuro della psicoanalisi a condizione che sia capace di non rimanere congelata nel passato. Eric Kandel, premio Nobel per la medicina nel 2000 per le sue scoperte neuroscientifiche, dice, riferendosi al declino dell'influenza della psicoanalisi negli ambienti accademici e sanitari: "Questo declino è deplorabile dato che la psicoanalisi rappresenta ancora il punto di vista più coerente e intellettualmente soddisfacente sulla mente" (Kandel, 1999 p.505). In questo stesso articolo aggiunge: "Un dialogo genuino tra la biologia e la psicoanalisi è necessario se vogliamo raggiungere una comprensione coerente della mente" (p.519).

Tuttavia, il progresso della psicoanalisi non potrà giungere dalla neuroscienza o dal suo dialogo con la psicologia cognitiva – con tutta l'importanza che gli accordiamo - ma da una vera trasformazione interna. Oggi ciò che appare come compito indispensabile è dar conto della complessità dello psichismo, della complessità dei processi inconsci e, specialmente, di una descrizione delle molteplici modalità operative che regolano:

Il modo di combinarsi delle rappresentazioni cosce e inconse, come si relazionano tra loro i differenti tipi di processamento inconscio. Non più "l'inconscio", al singolare, omogeneo, come fa ben notare Westen (1999) ma inconscio costituito da modalità di funzionamento multiple, riguardo all'origine e al tipo di iscrizione.

L'organizzazione dei differenti sistemi di memoria: procedurale, dichiarativa, Etc. (Tulving & Craik, 2000); i limiti in cui la memoria procedurale può essere riscritta come dichiarativa, le conseguenze di questa nuova riscrittura (Clyman, 1991; Davis, 2001; Fonagy, 1999; Westen, 1999) e, con ciò, il posto dell'insight nel cambiamento terapeutico così come quello della pratica di nuove esperienze emotive. Ugualmente, il ruolo dei recenti risultati sul "riconsolidamento" della memoria per la tecnica del trattamento (Nadel & Land, 2000; Nader, Schafe & Le Doux, 2000; Sara, 2000).

L'articolazione degli stati emotivi, come alcuni ne scatenino automaticamente altri in modo tale che per certe persone si passa, in modo automatico, dalla paura all'aggressività, a volte esplosiva, dalla paura all'appiattimento emotivo, fino ad arrivare a forti stati dissociativi di tipo catatonico, o dalla tristezza alla mania ecc.

Come la cognizione attivi certi stati emozionali, ma, anche, come gli stati emozionali guidino la cognizione inconscia e conscia, dovendosi riconoscere all'insieme degli stati emozionali non solo il ruolo di semplice subordinato della cognizione ma un posto rilevante nella sua organizzazione (Ablon, 1994; Jones, 1995; Killingmo, 1999; Schore, 1984). Si è soliti parlare di affetti così come se fossero entità isolate che accompagnano la cognizione o che sono una loro pura conseguenza quando, in realtà, come dimostrano gli studi attuali, la cognizione esiste all'interno di stati affettivi,

formando parte di questi e non precedendoli (per una discussione sulla teoria psicoanalitica degli affetti, si vedano le ampie rassegne di M. Iceta in “Aperturas Psicoanalíticas”, No. 7 e 8 del 2001, delle discussioni pubblicate in “Neuro-psychoanalysis, Vol.1, no. , 1999).

Inoltre, gli stati affettivi semplicemente superano le descrizioni in termini di tristezza, gioia, angoscia, eccitazione, curiosità ecc. Sono strutture complesse – si pensi all’innamoramento o alla tenerezza o all’irritabilità o all’odio o alla eccitazione sessuale- in cui una certa qualità emozionale che domina è integrata con certe cognizioni – primitive, elementari, o discorsive ad alto livello di simbolizzazione -, certe condotte, certe rappresentazioni del sé e dell’altro. Durante il trattamento, la via regia per l’inconscio sono gli stati affettivi che il paziente va dispiegando, sia nel materiale del racconto del sogno sia in una relazione che il paziente conserva con una figura esterna o il modo in cui si sta rapportando al terapeuta.

Come si articolano le idee e gli stati affettivi con il sistema neurovegetativo, con le caratteristiche di ognuno; il tipo di attivazione neurovegetativa che modula certe memorie (Cahill, 1997; Gold & Greenough, 2001; O’Carroll, Drysdale, Cahill & Shajahan, 1999), di enorme significato per i disturbi da stress post traumatico. L’influenza che l’attivazione neurochimica/ormonale ha nel regolare/disregolare in un senso o nell’altro la cognizione conscia e inconscia, guidando e selezionando che rete rappresentazionale si attiverà (Pankeep, 1998).

Le relazioni tra disposizioni innate e le influenze ambientali che ne sviluppano alcune e ne inibiscono altre. Cioè, i fenomeni di plasticità cerebrale (vedere Aperturas psicoanalíticas, No.5, 2000). Né una concezione endogenista, in cui lo sviluppo segue linee rigide, né un orientamento ambientalista che disconosca il ruolo dei sistemi innati che rendono possibili le azioni dall’esterno.

La conoscenza dell’azione di numerosi sistemi motivazionali e non unicamente dei semplici dualismi semplificanti (pulsione di vita vs. pulsione di morte, pulsioni sessuali vs. pulsioni autoconservative, ecc.) che furono utili come prima approssimazione ma che devono lasciare il passo allo studio di meccanismi specifici. La psicoanalisi non può rimanere in uno stato equivalente a quello della biologia di secoli fa in cui si pensava in termini di “soffio vitale” per spiegare la vita. Se il concetto di pulsione deve essere mantenuto in psicoanalisi come diverso dall’istinto, come risultato dell’incontro tra l’innato e l’ambientale, come il modo in cui ciò che è fornito dalla biologia viene informato dall’impronta dell’altro –corporea, simbolica- (Laplanche, 1992), lo sarà nella misura in cui si particolarizzi in termini di processi dettagliati, diversificati per ciò che riguarda l’attaccamento, la sessualità, la difesa di fronte a stimoli avversivi, per l’aggressività (Westen, 1997), e che tenga presente l’importanza del genere nel modellare l’identità e la sessualità (Dio Bleichmar, 1994; Dio Bleichmar, 1995; Dio Bleichmar 1997; Levinton, 2001), tema quest’ultimo che è stato trascurato dalla psicoanalisi e che recentemente, sotto la pressione delle evidenze, comincia ad essere incorporato.

Queste sono per lo meno alcune delle dimensioni di analisi che renderebbero possibile superare il riduzionismo che, spesso, domina in psicoanalisi la teorizzazione e la pratica clinica. L’organizzazione inconscia non differisce da una persona all’altra solo per il tipo di fantasie, per le narrative che vi si producono, per le iscrizioni che la biografia ha impresso, per la memoria procedurale in cui si trovano registrati i rapporti significativi – la condotta dell’altro e la reazione del soggetto -, o il ricordo delle

situazioni vitali, o i sentimenti di perdita e di persecuzione, o i desideri e angosce che formano il motore delle varianti delle fantasie e dei comportamenti, di quello che si cerca o di quello che si evita. Tutto questo costituisce una dimensione di analisi d'importanza considerevole, non c'è dubbio, ma che non ricopre sufficientemente un'altra dimensione, quella che chiamiamo delle "operazioni inconse" come, per esempio, i fenomeni di disattivazione settoriale nell'inconscio che fa sì che la mente di fronte al trauma quasi cessi di funzionare – rimanga in bianco -, si perturbi nella sua capacità di simbolizzare e possa arrivare allo stato che Ogden (1982) chiama di "non esperienza" (caso Robert, p.184); o l'accoppiamento automatico, quasi come un vampata, tra certi contenuti inconsci e la produzione traboccante di angoscia, o le scariche nel sistema neuro ormonale e neuro trasmettitoriale, con le conseguenti retroazioni sulle rappresentazioni coscienti inconse, o l'accoppiamento tra rappresentazioni e zone del corpo che produce quadri psicosomatici.

Iperconnessioni e disconnessioni del corpo non sono semplici fenomeni di scissione tra l'inconscio e la coscienza, di repressione, di negazione, cioè di processi difensivi che operano all'interfaccia tra l'inconscio e la coscienza. Non è lo stesso l'elaborazione inconscia –e su questo insistiamo- di ciò che fu oggetto di un'esperienza terrorizzante di fronte a cui si perturbò seriamente la funzione simbolica e la costruzione di significati di colui che rimosse qualcosa di sgradevole ma che continua a mantenere intatta la sua capacità di dare significato all'esperienza. Nemmeno è equiparabile l'attivazione neurovegetativa o i disequilibri biologici – ormonali e cerebrali - del disturbo post traumatico da stress in cui l'ippocampo rimane colpito e c'è una diminuzione stabile di cortisolo nel sangue (Mignote, Machon, Isla, Perris & Nieto, 2001; Yehuda, 2000), con le successive conseguenze a livello rappresentazionale, ai fenomeni di rimozione o scissione attraverso cui si respinge l'accesso alla coscienza di certe esperienze dolorose.

Sostenere che l'inconscio funziona in accordo col processo primario -libero spostamento e condensazione- e che la coscienza funziona in base al processo secondario fu una prima caratterizzazione differenziante tra i due sistemi. Ma questa correlazione tra sistemi conscio/inconscio da un lato, e modalità di funzionamento dall'altro, sfumata da Freud stesso (L'inconscio 1915b), e che lo portò a dover creare il modello strutturale – la cosiddetta seconda topica -, si riferirebbe, nel migliore dei casi, alle sue proprietà più generali, universali per qualunque soggetto. Se non ci sono contenuti inconsci che siano uguali in tutti i soggetti, nei loro temi, nelle biografie di cui sono in parte sedimento e in parte produzione soggettiva a partire dai "mattoni" forniti dalle circostanze della storia individuale, nemmeno è la stessa cosa l'organizzazione inconscia possente, passionale, del soggetto che ricevette l'attivazione erogena da parte di un altro significativo che lo "innaffiava" di libido rispetto all'organizzazione "secca" di qualcuno cresciuto da genitori depressi o che patì la disattivazione descritta da Spitz nel quadro dell'ospitalismo, in cui la paralisi psichica non è un problema di coscienza che rifiuta certi contenuti ma della disattivazione della funzione desiderante tanto nella coscienza che nell'inconscio.

Tantomeno è la stessa la struttura e il funzionamento inconscio di quelle persone in cui la fantasia è distinta dall'azione, in cui la prima precede la seconda, rispetto a quelle in cui il modo di funzionare ha luogo in termini di schemi cognitivi/affettivi/motori, alla maniera del bambino in cui il rifiuto esiste – non è che esprima un altro contenuto mentale - sotto forma di allontanamento della testa o del tronco o di caduta delle braccia in uno stato di atonia muscolare tipo pulcinella di pezza, o il funzionamento inconscio, con un esempio della clinica adulta, di quelle persone in cui la depressione esiste come perdita

del tono muscolare o profonda devitalizzazione, fenomeno da non ascriversi alla coscienza – in essa non si sa nulla di tutto questo, non si descrive, la scopre l'osservatore -, costituendo questa atonia e devitalizzazione la reazione a una perdita dell'oggetto d'amore o al sentimento di irrealizzabilità del desiderio, reazione che può risultare dalla fissazione, in termini di memoria procedurale, a esperienze di impotenza precoce.

Perciò la differenziazione tra contenuti, temi, narrative dei processi inconsci, da un lato, e le regole di funzionamento dello psichismo che manipolano questi contenuti, dall'altro, risulta essenziale.

C'è un tipo di elaborazione inconscia pieno di rappresentazioni verbali in cui le combinazioni si producono per il significato o per gioco di parole, per le assonanze, e c'è un'altra modalità in cui uno stato emotivo ne scatena un altro come capita in quelle persone in cui l'angoscia – di qualunque contenuto tematico -, o semplicemente il dolore fisico, attivano l'aggressività – come un animale ferito -, aggressività che farà ulteriormente scorrere, convocandole, le rappresentazioni che la doteranno di contenuto ideativo (Bleichmar, 1997). Livello cognitivo che retroagirà sullo stato affettivo rinforzandolo, in un circuito riverberante.

Diversità, da una parte, del funzionamento riguardo ai processi inconsci e, d'altra parte, del tipo di connessioni tra elaborazioni cosce e inconscie – grado di permeabilità tra loro -, senza trascurare di menzionare la diversità del funzionamento nella coscienza. Ciò è illustrato dal fenomeno della scissione – dissociazione, “splitting”, “spaltung” - tra contenuti della coscienza: si sa qualcosa e, contemporaneamente, non ci si crede o si trascura. Scissione che per essere differenziata dalla separazione tra coscienza e inconscio si è soliti chiamare “scissione verticale”. Fenomeni di dissociazione della coscienza in cui ciò che è allontanato difensivamente non è rimosso - è ancora conosciuto - ma sprovvisto di significato emotivo. Il paziente sa che una certa realtà esiste, che c'è un determinato pericolo ma funziona come se questi non esistesse.

Diversità anche tra due modalità fondamentali con cui lo psichismo di persone differenti affronta l'angoscia. Da un lato meccanismi di uscita: la rimozione, l'evitamento fobico, la posticipazione e la dissociazione, che sono tutte varianti di un allontanamento da pensieri e situazioni e non, nonostante tutte le differenze, categorie senza relazione tra loro. D'altro lato, il tentativo di controllo di ciò che provoca angoscia/timore attraverso la sorveglianza, iperconnessione con ciò che è minaccioso, caratteristico del pensiero ossessivo che invece di allontanarsi cerca attivamente ciò che è angoscioso per non essere sorpreso, per cercare di dominarlo (Bleichmar, 1986). Differenza, conseguentemente, nelle strategie generali di ogni psichismo per affrontare l'angoscia, che ci si presenta sotto forma di pazienti che, al contrario, non possono dimenticare, ricordando ossessivamente, in allerta continua affinché ciò che è temuto non torni ad accadere. O tra quelli che fuggono dalla situazione di realtà che temono o, al contrario, di quelli che, anche loro temendo certe realtà si lanciano controfobicamente a cercare di modificarle.

Qual è la conseguenza di ciò che andiamo esponendo come introduzione per ciò che più avanti svilupperemo? Se c'è differenza nei tipi di organizzazione inconscia, nelle relazioni tra queste e la coscienza, nella struttura di quest'ultima, nelle connessioni a doppia entrata tra idee e affetti, tra idee e corpo, tra stati affettivi con bassa simbolizzazione e quelli che si risvegliano per livelli associativi e simbolici

sofisticati, allora sorge la domanda: Il lavoro analitico consiste solo nello scoprire fantasie inconse, nel ripercorrere la geografia delle sue tematiche, nell'interpretare il rimosso per renderlo cosciente? O, piuttosto, questa diversità di organizzazione inconscia e la sua relazione con la coscienza e il corpo richiede interventi che siano diversificati e coerenti con le modificazioni che si spera di poter produrre nel funzionamento dello psichismo nei suoi molteplici livelli?

In questo senso il presente lavoro deve essere inteso come un approfondimento di ciò che in pubblicazioni precedenti abbiamo cercato di compendiare come obiettivo della terapia analitica attraverso la formulazione sintetica di "ampliamento della coscienza, modificazione dell'inconscio" (Bleichmar, 1994, 1997). Cioè una riaffermazione del progetto Freudiano di rendere cosciente l'inconscio però per introdurlo all'interno di una prospettiva più grande che comprenda gli sviluppi che si sono prodotti a partire dalla sua opera, e, soprattutto, delle conseguenze che si traggono dalle conoscenze attuali sui differenti tipi di memoria per lo sviluppo di modalità d'intervento terapeutico che siano specifiche.

Il riduzionismo in psicoanalisi

Se osserviamo la letteratura sui casi clinici pubblicati, o sugli obiettivi del trattamento analitico, o sulle concettualizzazioni dello psichismo, non può non richiamare l'attenzione il predominio delle posizioni riduzioniste. Il loro superamento non è facile poiché in un campo fortemente ideologizzato e professionalizzato come quello della psicoanalisi gli argomenti non sono sufficienti a superare le appartenenze e i sentimenti di fedeltà che fanno respingere qualunque posizione che metta in pericolo la relazione col gruppo di riferimento. Si legge ciò che può essere commentato con gli altri membri del gruppo; si legge per stare insieme. La curiosità intellettuale è asservita ai bisogni di appartenenza, di attaccamento sicuro. Una scorsa alla biografia che accompagna i lavori permette di constatare che si citano solo i lavori che permettono all'autore di non allontanarsi - o di essere allontanato - dal suo gruppo. Questa causa del riduzionismo - necessità di mantenimento dell'affiliazione al gruppo - si distingue da un altro tipo di riduzionismo nel quale sono incappate le grandi figure della psicoanalisi le quali, entusiaste per le loro grandi scoperte, furono portate a porre i loro contributi in termini di contrapposizione esclusiva rispetto ad altri. Perciò, quando di seguito esamineremo i limiti concettuali dei modelli proposti da Freud, Klein, Lacan, Kohut, ecc., le critiche che faremo a questi modelli avranno sempre il segno della nostra riconoscenza per aver costituito pietre miliari decisive per poter giungere a ciò che sappiamo oggi.

Freud

A) Il desiderio

Freud studiò il desiderio tematicamente (desiderio erotico, aggressivo, di grandiosità fallica, ecc.) ma non nella varietà della sua strutturazione, cioè, se si fosse costituito o no, o nella sua intensità nell'inconscio. Siccome il desiderio per Freud derivava dalla pulsione e questa era assicurata dalla biologia, la sua intensità si dava per scontata ed era sempre poderoso nell'inconscio. Il desiderio non fu considerato costituito per identificazione o attraverso gli effetti strutturanti dell'azione dell'altro nella relazione

ma, che fosse represso, non represso o sublimato, essenzialmente determinato da una forza interna.

B) L'inconscio

Si centrò fondamentalmente su ciò che era escluso dalla coscienza attraverso la rimozione, sia secondaria che primaria. Nonostante nell'“Io e l'Es” si prospetti un io inconscio - cioè regole di funzionamento dello psichismo, meccanismi strutturali attraverso cui si manipolano contenuti tematici - , non si sviluppano le conseguenze che sorgerebbero a partire da questa concettualizzazione. L'inconscio rimosso rimane il principale interesse dell'opera freudiana e degli analisti successivi. Normalmente non si riconoscono altri tipi di elaborazione inconscia, tra i quali dobbiamo considerare, attualmente, i seguenti:

1) **L'inconscio originario delle interazioni**: risultato degli effetti di queste, dei luoghi che occupò il soggetto nelle interazioni con le sue figure significative e dei modi di difendersi dal dolore; esempi: quello del sovrastimolato sessualmente, cognitivamente, affettivamente; quello del perseguitato o terrorizzato; quello di chi deve salvare/curare/consolare l'altro; quello dell'impotente e schiacciato, paralizzato in qualunque risposta che metta in discussione l'altro; quello dell'ammiratore di un altro che forzò l'idealizzazione sotto minaccia di castigo o seduzione, ecc. Qui la memoria non è solo delle rappresentazioni del soggetto e dell'altro, delle identità attribuite, ma esiste in forma di procedimenti (memoria procedurale) carichi affettivamente, nello stesso modo in cui di fronte a un alimento nocivo non si pensa “è cattivo, ora vado a vomitarlo” ma si vomita direttamente, procedimenti che a livello psichico fanno sì che quando l'altro si avvicina si reagisca, per esempio, bloccando l'affettività o disconnettendo il pensiero o allontanando il corpo. E non perché dietro a questo procedimento ci sia una fantasia del tipo “voglio vomitarlo, voglio espellerlo” - questo è l'errore dell'abuso di metaforizzazione e della concettualizzazione ipermentalista -, ma perché il sistema di pensiero, dell'affettività e dell'azione si attivano o disattivano in relazione allo stimolo quando questo è sentito come adeguato o meno.

Inconscio che non è il risultato della rimozione per ragioni affettive - poiché non si vuole sapere qualcosa si respinge dalla coscienza - ma perché, come propongono numerosi autori (si veda Westen, 1999) si è organizzato come processo automatico rispetto a come rapportarsi all'altro e al mondo. Quando il bambino si aggiusta - si adatta - ai procedimenti di chi se ne prende cura, al suo modo di dare contatto, che sia attraverso la sua espressione facciale o le sue parole o il contatto corporeo, quello che rimane inscritto nella memoria procedurale è che essere in contatto consiste nel guardarsi o nel vocalizzare o nel toccarsi o nel sorridere; o nel mantenersi a una certa distanza ottimale perché questa è quella che preferisce l'attore delle cure mostrando piacere o fastidio che sono recepiti a livello inconscio, o quella che richiede il bambino per la sua particolare costituzione neuropsichica.

Non si pensi che l'espressione inconscio originario si riferisca a ciò che si costituisce esclusivamente nell'infanzia. La formazione della memoria procedurale continua per tutta la vita come testimonia la relazione di coppia che, per fare un esempio, giunge al rapporto sessuale - ritmo, modo di unirsi dei corpi, ecc. - in modo automatico. Che, a posteriori, si possa riflettere sulla memoria procedurale che si è stabilita, non significa che i modi emozionali o corporei di stare con l'altro seguano le regole dell'organizzazione verbale della coscienza.

Mentre il pensiero e il linguaggio sono di natura simbolica - qualcosa che rappresenta un'altra cosa - la memoria procedurale si iscrive prevalentemente, a volte esclusivamente, come processo affettivo e atto. E' ciò che Clyman (1999), in un lavoro fondamentale che è alla base di molti altri, afferma riferendosi a ciò che è iscritto proceduralmente: "non è un processo simbolico, l'informazione codificata proceduralmente non rappresenta qualcos'altro... la conoscenza dichiarativa può essere ricordata, la conoscenza procedurale può solo essere messa in atto"(p. 352). Perciò durante il trattamento analitico non si recupera né come memoria dichiarativa né grazie alla decodifica narrativa del paziente ma come "enactment", cioè come attuazione nella relazione. Non è un ricordo censurato ma qualcosa che esiste in forma di procedura su come si sta e si reagisce all'altro (per una analisi dettagliata della memoria procedurale applicata ai processi affettivi si veda, oltre al lavoro di Clyman, i più recenti di Davis (2001), Fonagy (1999), Westen, 1999).

La rimozione come meccanismo è in sé stessa un modo di funzionamento benché la sua azione abbia luogo su contenuti simbolici. La rimozione e gli altri meccanismi di difesa - la dissociazione, la proiezione, ecc. - creano inconscio ma non appartengono all'inconscio rimosso. E' quello che Freud scoprì e che lo portò a postulare la concezione dello psichismo conosciuta come seconda topica. In un altro linguaggio e modello concettuale: la memoria procedurale è diversa da quella passibile di essere evocata in parole o immagini. Ciò pone un limite quando si tratta di mettere allo scoperto l'inconscio esclusivamente in base al contenuto della narrazione che il paziente va facendo durante il trattamento. Ciò che servì all'inizio della psicoanalisi per analizzare un sogno - una narrativa -, cercando un testo inconscio dietro quello manifesto, non è sufficiente per comprendere interamente la vita psichica di un paziente. Il paziente non può raccontare né per allusione né attraverso alcun tipo di simbolizzazione ciò che è un funzionamento, una memoria procedurale del suo modo di rapportarsi. E' diverso il contenuto latente di una narrazione dal modo di funzionare della memoria procedurale.

Lyons-Ruth (2000) segnala questa differenza tra due forme di organizzazione rappresentazionale, meritando una estesa citazione per la chiarezza con cui espone la questione: "Il presente articolo sostiene come posizione centrale che il sapere agito si sviluppa e cambia attraverso processi che sono intrinseci a questo sistema rappresentativo, e che non si basano sulla loro traduzione in conoscenza riflessa (simbolizzata). Il che non significa che la traduzione in parole del sapere agito non sia uno strumento terapeutico importante o non costituisca una tappa evolutiva importante. Quello che invece significa è che lo sviluppo non si produce unicamente o primariamente attraverso un movimento che va dalla codifica procedurale alla codifica simbolica (o dal processo primario al secondario, o dalle forme di pensiero preverbale a quelle verbali). Le forme procedurali di rappresentazione non sono infantili, sono invece intrinseche alla cognizione umana a tutte le età, e soggiacciono a molte forme di azione qualificata, inclusa l'interazione sociale nell'intimità".

"L'elaborazione di forme simboliche di pensiero, incluso immagini e parole, ha la capacità potenziale di contribuire alla riorganizzazione del sapere agito. Tuttavia, io sosterrò che la ritrascrizione del sapere relazionale implicito in conoscenza simbolica è laboriosa, non è intrinseca al sistema relazionale che si basa sull'affetto, non si raggiunge mai pienamente, e non costituisce il modo generale con cui si realizzano cambiamenti

evolutivi del sapere relazionale implicito. Al contrario, argomenterei che i sistemi procedurali del sapere relazionale si sviluppano parallelamente ai sistemi simbolici, e come sistemi separati che rispondono a principi propri. I sistemi procedurali influiscono o sono influenzati dai sistemi simbolici mediante connessioni multiple transistemiche, però queste influenze sono necessariamente incomplete. Di più, il sapere relazionale agito si basa su azioni orientate a fini, alla stesso modo delle valutazioni affettive che guidano dette azioni, e con ciò esercita una grande, o perfino maggiore, influenza rispetto ai sistemi simbolici riguardo all'elaborazione dei sistemi relazionali."

"Questa differenziazione tra due sistemi di memoria e le sue conseguenze per la terapia è simile, nell'essenziale, a ciò che sostiene Fonagy: "Il cambiamento avviene nella memoria implicita che porta a un cambiamento nei procedimenti che la persona utilizza per vivere con sé stessa e con gli altri" (Fonagy,1999, p.218). Aggiunge: "La memoria implicita o rappresentazione procedurale di una esperienza del sé con altri è ciò che Sandler e Joffe hanno chiamato il dominio non esperienziale".

L'inconscio originario non corrisponde alla rimozione primaria (espressione tradotta anche: rimozione originaria) così come fu descritta da Freud quando sostenne: "Abbiamo dunque motivo di supporre l'esistenza di una rimozione originaria, e cioè di una prima fase della rimozione che consiste nel fatto che alla "rappresentanza" psichica (ideativa) di una pulsione viene interdetto l'accesso alla coscienza" (Freud, 1915a, p. 38, sottolineato nostro). Invece all'inconscio originario non si nega, non si rifiuta, è inconscio senza che la coscienza abbia qualcosa a che vedere con ciò che si sia costituito e che permanga in questo stato. Inoltre, l'inconscio originario non si riferisce alla "rappresentanza" della pulsione ma a un insieme molto ampio di iscrizioni - per es.: iscrizioni riguardo a come stare con gli altri; a immagini, sentimenti del sé così come si vanno formando nel lattante e come si sviluppano in fasi più avanzate della crescita; a schemi sensori/affettivi/motori in cui sono iscritte le relazioni del soggetto con l'altro ecc.

Per tutto ciò, desideriamo non equiparare l'inconscio primario e la rimozione primaria, al fine di non cadere nella tentazione di mettere le conoscenze attuali sotto la protezione delle idee Freudiane, per dargli diritto di cittadinanza e con ciò ottenere soltanto di far dire a Freud quello che non gli passò mai per la mente e creando confusione concettuale.

D'altra parte, l'inconscio originario di cui parliamo non è l'inconscio cognitivo di Piaget (1973), o semplicemente le reti associative inconse della psicologia cognitiva, poiché l'originario di cui stiamo parlando è contrassegnato dall'affettività, dai desideri e le repulsioni che guidano proceduralmente il modo di relazionarsi del soggetto all'altro, dalle pulsioni comprese in questi movimenti. L'inconscio originario è affettivamente motivato poiché promuove condotte non attraverso un'affettività la cui conoscenza è respinta dalla coscienza, ma attraverso quell'affettività che costituisce profondamente il soggetto nel suo essere - nell'infanzia e a tutte le età - senza che la coscienza ne abbia saputo qualcosa, e che perciò non può essere respinta. Diversamente Piaget dà come esempi d'inconscio cognitivo l'abilità di un bambino di lanciare una palla legata con una corda che fa volteggiare per colpire un bersaglio, o l'abilità per far sì che una palla avanzi su una superficie piana e retroceda grazie al movimento particolare che gli era stato conferito, o le operazioni che soggiacciono al pensiero logico, ecc. cioè un settore ristretto all'interno della memoria procedurale, strumentale.

2) **L'inconscio originario per identificazione:** si forma grazie all'identificazione con le figure significative quanto ai modi caratterologici di reagire, il grado di attivazione neurovegetativa, l'intensità e la qualità degli stati emotivi, la tendenza all'azione e anche alle sue credenze passionali, fantasie, difese ecc. Essendo l'identificazione, rispetto allo sviluppo concettuale, qualcosa di tardo nell'opera di Freud, non fu incorporata né per la comprensione dei sintomi né, soprattutto, per capire come si organizzano i processi inconsci e i meccanismi di difesa. Relativamente a questi, sebbene esistano disposizioni innate - tutti gli esseri umani sono preparati a farne uso - , il loro sviluppo e consolidamento, gli uni e gli altri, dipendono dalle interazioni e dalle identificazioni con figure significative.

3) **Un inconscio effetto dei processi difensivi** che eliminano dalla coscienza certe rappresentazioni o che impediscono che alcune rappresentazioni arrivino alla coscienza. Questo è l'inconscio su cui Freud concentrò il proprio interesse, è l'inconscio rimosso, denominazione che prende la rimozione come modello causale che lo costituisce per quanto i meccanismi che escludono i contenuti dalla coscienza vadano oltre alla rimozione.

Non ci sfugge che una posizione in psicoanalisi è di considerare che il “vero” inconscio, quello di cui deve occuparsi la psicoanalisi, ciò che è stato chiamato il suo “oggetto di studio”, è quello di cui parliamo in questo paragrafo, e che il resto non corrisponde alla psicoanalisi poiché sarebbe un mero inconscio psicologico o un preconcio. Ci interessa questa posizione poiché corrisponde a una teorizzazione che entra in flagrante contraddizione con la clinica di coloro che la sostengono giacché quando presentano materiale clinico, che si considera psicoanalitico, parlano delle identificazioni inconscie costitutive del soggetto, dell'influenza che la condotta dei genitori esercitò sui sintomi e il carattere del paziente, cioè dei processi strutturanti che non furono l'effetto della rimozione di contenuti inaccettabili alla coscienza.

Una delle conseguenze gravi di lavorare clinicamente con quest'organizzazione dell'inconscio - ciò che è respinto dalla coscienza per azione delle difese - come se fosse l'unica, è che il paziente viene sempre messo nella posizione di colui che si oppone alla conoscenza. Si equipara il rendere conscio l'inconscio con l'eliminazione della rimozione, con il vincere le resistenze, con il superare i diversi tipi di difesa. E' la posizione della psicologia dell'io, come vedremo più avanti.

4) **Un inconscio in cui, con le componenti precedenti, si producono combinazioni, o in cui certi settori rimangono “sequestrati”, scissi tra loro.** Si tratta qui di un processo che fa sorgere fantasie, rappresentazioni che non consistono nella mera incorporazione dell'esterno ma il risultato del funzionamento creativo delle leggi che regolano l'inconscio compreso quello della pressione che il livello biologico - l'attivazione di circuiti specifici per determinate emozioni - esercita sul rappresentativo. Elaborazione inconscia che si svolge con differenti regole combinatorie, come le seguenti:

4a) Certe rappresentazioni elementari - sensazioni uditive, tattili, cenestesiche, visive, etc. -, si articolano con rappresentazioni semantiche di attribuzione di significato in un tipo di elaborazione che può concatenarsi dal lato delle prime con effetti sulla semantica. In questo modo una certa immagine sensoriale attiva una certa rappresentazione concettuale: es., il colore della pelle o degli occhi fa diventare chi lo possiede buono o pericoloso, risvegliandosi a posteriori un intero mondo rappresentativo

in relazione al colore. O, al contrario, una certa idea genera una determinata rappresentazione sensoriale: il fatto di sentire ostilità verso l'altro o la propria persona, determina una percezione di deformità del corpo dell'altro. L'anoressia è un esempio di come certe idee - il timore di essere grassi, i bisogni narcisistici, il desiderio del corpo androgino, il timore di forme eccitanti della sessualità, ecc. - alterino la percezione del corpo, creando una rappresentazione visiva o cenestesica distorta in cui si sente e si crede che le cosce siano ingrassate, che la pancia è aumentata ecc.

4b) D'altra parte, effetti prodotti da rappresentazioni che appartengono a differenti livelli di simbolizzazione a partire dall'essere semplici segnali, allo stesso modo in cui il contatto con il capezzolo attiva lo schema della suzione nel neonato, fino ai livelli sofisticati che solo il linguaggio è capace di provvedere. Articolazione, al modo del condizionamento classico, tra certe rappresentazioni - percettive e/o ideative - e il sistema neurovegetativo/ormonale/immunitario, in cui basta l'attivazione delle prime affinché si produca una "reazione a catena", una vera cascata di processi nel secondo. Questo è il campo dei disturbi psicosomatici in cui un'immagine, un'idea può determinare la contrazione di un viscere, le arterie, i bronchi, produrre ipoglicemia, ecc. Articolazione, per un altro verso, che è a doppia entrata: non solo dal lato rappresentativo si attivano processi neurovegetativi/ormonali/immunologici ma le modificazioni biologiche sono capaci di attivare l'una o l'altra rappresentazione. Come esempio dell'influenza del corpo biologico sulla cognizione basta prendere i farmaci antidepressivi che, agendo sulla biochimica cerebrale, cambiano tutta la direzionalità delle rappresentazioni che sono evocate e mantenute attivamente. La prova di ciò è così schiacciante che risulta sorprendente la tendenza nel campo psicoanalitico a ignorarla, a sentirla come una minaccia, a pensare che questa è una questione dei "riduzionisti biologici". Si è soliti restringere la problematica al campo terapeutico - vantaggi e svantaggi della somministrazione di antidepressivi: che restringono le associazioni libere, che impediscono l'elaborazione delle fantasie, ecc. Non si vede che si tratta di qualcosa di molto più grande importanza: la loro azione indica qualcosa riguardo alla struttura dello psichismo e alla sua relazione col biologico. Invece di studiare l'azione degli antidepressivi - e con altri farmaci la questione è analoga - nel terreno più ampio di cui ci informano, si colgono, tanto gli psichiatri biologisti come alcuni settori della psicoanalisi e del cognitivismo, dalla prospettiva professionale che tenta di dimostrare che un tipo di trattamento è migliore di un altro. La curiosità di come funzioni lo psichismo nella sua relazione con il neurobiologico è schiacciata dalle preoccupazioni di ordine professionale, per la spartizione del mercato dei pazienti. Ha sempre destato la nostra attenzione il fatto che la maggior parte degli psicoanalisti considerassero la pulsione (trieb) un concetto propriamente psicoanalitico teoricamente essenziale che accettassero la posizione freudiana che la pulsione è un concetto limite tra lo psichico e il biologico, non qualcosa di puramente biologico, non è l'istinto - "instinkt" -, ma non traessero le conseguenze di ciò: se la pulsione è il limite tra due livelli non rimane fuori dallo psicologico -giacché il suo studio non potrebbe essere parte della psicoanalisi- né dal biologico, dato che, precisamente, tenta di rendere conto dell'articolazione tra i due. Perciò, il lato biologico della pulsione carica certe rappresentazioni, e il lato rappresentativo attiva il livello biologico e lo modifica.

La mente umana conserva l'organizzazione semiotica del cervello animale in cui uno stimolo percettivo - visivo, uditivo, olfattivo ecc. - scatena una condotta complessa, insieme a un altro livello in cui un ideale astratto, un mandato del super-io, organizza il desiderio, la fantasia e l'azione. Perciò la polemica a cui il Lacanismo volle trascinare tra

dover optare tra un inconscio governato dalla cosiddetta logica del significante e un altro governato dalla logica del significato trascura la complessità dei processi inconsci.

e) **L'inconscio disattivato.** Tuttavia, l'inconscio non consiste solo in ciò che in esso è attivo, preme per emergere e produce effetti sintomatici. In "Avances en psicoterapia psicoanalítica" proponiamo un ulteriore aspetto: certi settori dell'inconscio, certe rappresentazioni, certi desideri rimangono disattivati o indeboliti, essendo stati oggetto di ciò che Freud (1924) chiamava "Untergang", conseguentemente alla mancanza di gratificazione o all'azione di timori reali (traumi) o fantasticati. Siamo di fronte, dicevamo, a condizioni simili all'ospitalismo in cui il lattante, a causa dell'impotenza nel poter far tornare l'oggetto privilegiato del desiderio, finisce per disattivare il desiderare (Spitz, 1946). O, a un livello più generale, a ciò che mostrano i lavori di Bowlby e gli studiosi dell'attaccamento riguardo alla perdita dell'oggetto libidico, o le conseguenze che provoca la sua incostanza (Bowlby, 1980; Fonagy, 2000; Hesse e Main, 2000; Slade, 2000).

O a quello che vediamo nella clinica quotidiana: il bambino o l'adulto, di fronte alla frustrazione per realizzare il suo desiderio, di fronte all'impotenza interiore e/o alla mancanza dell'oggetto significativo nel rispondere a ciò che desidera, disattiva, impercettibilmente, settori dell'inconscio, i quali soggiacciono così all'"untergang". E' ciò che troviamo nei pazienti severamente e a lungo devitalizzati i quali non hanno forti desideri rimossi - nel modo classico delle isteriche freudiane - ma il desiderio stesso si è spento, il che pone tutta una sfida per la terapia, specialmente quando è guidata solo dalla ricerca dell'emersione di desideri attivi, vigorosi nell'inconscio. Più avanti illustreremo un caso.

c) L'angoscia

A partire da Freud l'angoscia, sorgendo per la trasgressività del desiderio, è stata solitamente considerata secondaria. Ciò corrisponde allo slogan, ripetuto come un dogma, "desiderio e proibizione" come causa dell'angoscia. Malgrado Freud, quello del '26, esaminasse in "Inibizione, sintomo e angoscia" il ruolo dell'angoscia segnale (l'accoppiamento tra una rappresentazione e la produzione di angoscia), l'abbandono del concetto di trauma psichico per causa esterna in favore della fantasia, (non articolandosi il concetto di angoscia segnale con quello di trauma e, soprattutto, quello di trauma nella relazione con un altro significativo) diede luogo al disconoscimento di una organizzazione inconscia in cui l'imminenza del trauma è creduta, in cui ci sono rappresentazioni che anticipano continuamente il pericolo non perché lo si desidera o perché il pericolo sorga da desideri trasgressivi, ma perché queste credenze sono la forma stessa con cui lo psichismo si strutturò al momento del trauma - sia trauma narcisistico, nel sistema dell'autoconservazione, dell'attaccamento ecc. -. Edipo non solo potrebbe aver temuto il padre perché desiderava la madre ma perché la figura del padre fu, dal principio della sua vita, il segno di un mortale pericolo - Laio mandò Edipo nel deserto affinché questo lo uccidesse. Aneddoto del mito impiegato più volte per indicare che il terrore per le figure significative può provenire da ciò che fecero fin dalla più tenera infanzia, o dal fatto che il discorso di uno dei genitori parla della minaccia che l'altro rappresenta. E' ciò che abbiamo elaborato in "Angoscia e fantasma" (Bleichmar, 1986).

d) L'edipo e le sue vicissitudini

come asse della psicopatologia, della sua causa, sia nella sua versione originale - timore di perdere il pene - o nella sua rielaborazione, in cui la castrazione avviene per la perdita del valore fallico. La sopravvalutazione dell'Edipo comporta la messa in disparte dei sistemi motivazionali dell'attaccamento e all'autoconservazione che sono precedenti alle angosce narcisistiche edipiche (perdita del valore fallico). Quando queste ultime sorgono e avviene la captazione nella triangolazione con le sue rivalità odi e timori, riscrivono tutto all'interno dei desideri e dei timori che le hanno precedute, così come l'attaccamento e l'autoconservazione sono ristrutturati in funzione di ciò che l'edipo implica nel sistema narcisistico e sensual-sessuale. Un esempio di riduzione alla problematica narcisistica è la concettualizzazione lacaniana dell'edipo centrata sulla madre fallica e il figlio-fallo, cioè la pienezza narcisistica.

Certamente l'edipo ha un ruolo importante, ma non è la causa esclusiva della strutturazione dello psichismo, né tantomeno si autosostiene, ma fa parte dei processi che precedentemente organizzano le regole di funzionamento e i contenuti della mente. Creare una categoria unica come causa del tutto - quella dell'edipo - per ampliarla successivamente ogni volta di più al fine di incorporare tutto ciò di cui non può dar conto, può servire per conservare un ordine che conferisca identità di psicoanalista, però finisce per confondere. Le configurazioni edipiche come motore dello psichismo sono importanti quanto basta da non avere bisogno che tutto ciò che di nuovo viene scoperto gli venga ascritto. Lo stesso succede con la categoria della sessualità che talvolta si vuole far diventare equivalente a tutto ciò di cui la psicoanalisi si occupa.

Le angosce di autoconservazione, con le mille fantasie che le rappresentano, non dipendono esclusivamente né dai desideri trasgressivi né dalla proiezione delle proprie fantasie aggressive. Una persona può vivere terrorizzata perché fu perseguitata, maltrattata, abusata da piccola (inconscio originario delle interazioni); perché è il figlio di genitori terrorizzati con cui si identifica, a volte identificazione forzata perché l'altro inoculò i suoi propri significati e affettività nel bambino (inconscio originario delle identificazioni); o perché ha desideri vissuti come trasgressivi; o perché proietta negli altri i suoi desideri distruttivi; o perché ha sofferto un disturbo da stress post traumatico che squilibra il suo sistema cognitivo in modo che tutto diventa motivo per scatenare l'angoscia. O per l'articolazione complessa di tutte queste cause. Il rischio è adottare a priori una posizione in cui una di queste cause guidi la comprensione monocorde di ogni tipo di paziente. Così abbiamo le analisi rigidamente orientate dall'edipo o, nel campo contrario, dai maltrattamenti nell'infanzia.

e) L'enfasi sulla coscienza come mero occultamento

come deformazione, e non come un sistema con funzioni decisive per il funzionamento psichico, come conquista evolutiva. La coscienza non nacque nel corso dell'evoluzione per nascondere i desideri inconsci ma perché permette di elaborare l'informazione e stabilire piani di azione con enormi vantaggi per il soggetto (Damasio, 1999). Che la coscienza deformi non c'è dubbio, però non deforma meno dell'inconscio. Che la coscienza sia degna di sospetto, sì, ma le fantasie inconse? Pensare che l'inconscio sia la verità e la coscienza solo inganno è ignorare che l'inconscio nei suoi contenuti ha un immaginario tanto arbitrario, o anche più, che la coscienza. L'idealizzazione dell'inconscio come verità è l'effetto di una concezione ideologica che ebbe il surrealismo come ispirazione, e che attualmente trova appoggio in alcune correnti postmoderne, inclusi alcuni settori della psicoanalisi, per quanto le sue origini siano anteriori a questi movimenti.

Inoltre, il paradosso che abbiamo segnalato più volte: si pensa che l'inconscio sia decisivo, che la coscienza sia semplicemente deformante, una cattiva testimone di quell'inconscio che si privilegia e tuttavia la tecnica analitica, a partire da Freud, accorda un valore fondamentale alle parole rivolte alla coscienza del paziente, cercando di modificarla attraverso l'interpretazione. La coscienza inganna, però è l'unica cosa che ci permette di pensare all'inganno; perciò, diminuisce - senza annullare - quell'inganno. Il nichilismo di opporre verità e inganno fa dimenticare che ci sono gradi d'inganno e che l'inconscio non si colloca nel migliore dei poli del gradiente.

f) La técnica

se si ritiene che l'inconscio sia il rimosso, e il rimosso derivi dall'esclusione dalla coscienza a causa dell'azione della censura determinata dal rifiuto del sapere cosciente, il recupero del rimosso, contro la resistenza, al sapere cosciente, diventa l'obiettivo della terapia. Il paziente è visto come qualcuno che si oppone sempre al sapere e l'analista come qualcuno che lo aiuta a sapere ciò che si sforza di occultare. Che l'analista intervenga con empatia, con sensibilità rispetto alla sofferenza del paziente, che sia prudente finché non si trovi nella condizione di accettare ciò che aveva rifiutato, non cambia la concezione essenziale: ciò che sarà cercato è un sapere respinto.

Che cosa trascura questa concezione qualora sia l'unica che orienta il trattamento? Che, come abbiamo visto, c'è un inconscio originario che non è stato escluso dalla coscienza per ragioni di censura ma che costituisce l'essenza stessa dello psichismo, la forma con cui si costituisce, il modo in cui il desiderio, la funzione desiderante, l'intensità affettiva, l'attivazione che si produce nel sistema neurovegetativo ecc. arrivò a esistere. Non sono fenomeni dipendenti dal sapere cosciente e dal non voler sapere ma da momenti fondativi e dalle successive ristrutturazioni che determinarono i modi di processare che regolano il funzionamento dei processi inconsci in quel soggetto particolare, di come si articolano le idee con l'affettività. Rendere cosciente questo inconscio non è portare alla luce il contenuto latente di un discorso manifesto che nasconde, ma scoprire come qualcosa è.

La comparsa di resistenze nel processo di scoperta non significa che si tratti delle stesse resistenze che hanno determinato l'occultamento originario (tesi secondo cui la resistenza in trattamento è l'equivalente della rimozione che ha creato l'inconscio). Le resistenze affettive potranno avere origine invece nella rivalità narcisistica con il promotore della scoperta, o nell'angoscia che può provocare la ristrutturazione della visione del mondo del soggetto, comprese le angosce dovute al caos mentale provocato dall'urto di concezioni contrapposte (angoscia confusionale non difensiva). Tuttavia ciò si aggrava se, oltretutto, l'analista pensa che il paziente deformi per nascondere. Il paziente, sotto il peso del transfert, assume la prospettiva dell'analista, e a partire da questa prospettiva la scoperta è codificata come l'essere sorpreso a nascondere. Ciò genera sentimenti di persecuzione e colpa che condurranno a rifiutare l'esplorazione dello psichismo non per il suo contenuto o la conoscenza delle sue regole di funzionamento ma per il processo, la situazione in cui quest'operazione ha luogo. In questo caso la posizione dell'analista detective in cerca del colpevole crea la resistenza come difesa del sé minacciato.

Se, inoltre, nell'esplorazione dell'inconscio originario appaiono le figure dei genitori come figure di primo piano rispetto alla sofferenza del soggetto e alla sua origine la resistenza affettiva dipenderà - Kohut lo vide chiaramente - dai sentimenti di colpa e,

specialmente, dall'angoscia di rompere con le figure che rappresentarono e continuano a essere sentite come fonte di sicurezza nonostante il carattere persecutorio o traumatizzante che pure ebbero.

Pertanto se rendere cosciente l'inconscio costituisce un compito essenziale di tutta la terapia analitica, non esistendo un unico tipo d'inconscio, le angosce e le resistenze che si metteranno in moto appartengono a ordini molto differenti, tra gli altri:

1) Quelle che dipendono dal contenuto tematico di ciò che si sta rendendo cosciente. La coscienza non desidera essere al corrente di desideri incestuosi, aggressivi ecc. Poiché ciò incrina l'identità idealizzata desiderata o fa temere il castigo e l'abbandono dell'oggetto d'amore (angosce narcisistiche, di autoconservazione, di attaccamento, ecc.).

2) Quelle che derivano dal processo di scoperta in un contesto intersoggettivo determinato, in cui la parola dell'altro (il terapeuta) può essere vissuta come asservitrice, intrappolante, umiliante, traumatizzante. Resistenza pertanto dovuta non al contenuto tematico che si respinge ma alla modalità del vincolo che si stabilisce con l'altro. Questo è il tipo di resistenza che non riconobbero coloro che immaginarono un analista neutro che con la sua tecnica disporrebbe semplicemente uno spazio analitico adeguato, dipendendo il transfert e la resistenza dal paziente, ed è ciò che hanno messo in discussione in modo fondato Ferenczi, Balint, Kohut, i relazionali e gli intersoggettivisti (Balint, 1952; Balint, 1968; Ferenczi, 1932; Kohut, 1977; Kohut, 1984; Mitchell, 1997; Mitchell, 2000; Orange, Atwood, & Stolorow, 1997)

3) Quelle che sorgono dall'angoscia di dover cambiare modi di funzionamento che, per quanto producano sofferenza, costituiscono il mondo rassicurante di ciò che è conosciuto, compreso il vincolo immaginario con la figura di attaccamento.

D'altra parte, il lavoro analitico non consiste esclusivamente nello scoprire l'esistente ma anche, e in modo non meno importante, nel costruire ciò che prima non esisteva (Bleichmar, S., 2000).

M. Klein

Su cosa c'entra il proprio interesse Melanie Klein? La tematica della fantasia inconscia con le sue origini istintuali, fantasia che risveglia angoscia, motore dello psichismo. A tal punto che la prima angoscia, quella di morte, che provocherebbe il movimento proiettivo iniziale.

Non è necessario entrare in dettagli, in questo momento, sugli enormi limiti che contiene il suo modello - tra gli altri, il mancato riconoscimento del ruolo strutturante della realtà esterna, con tutti i suoi derivati (scarsa attenzione per i messaggi parentali e per le loro azioni), la disattenzione rispetto alle molteplici cause dell'aggressività che può essere una risposta del soggetto minacciato da figure traumatiche o derivare dall'identificazione con figure aggressive, ecc. I limiti sono della stessa misura dei contributi: la descrizione dello psichismo in termini di emozioni complesse con le sue fantasie, desideri e angosce corrispondenti, le ragioni per le quali gli stati emozionali si trasformano gli uni negli altri nella sequenza degli avvenimenti psichici, la descrizione di un modo di oggetti in continua interazione, la descrizione di certi meccanismi psichici -

identificazione proiettiva, difese maniacali, differenti tipi di dissociazione difensiva-; il ruolo dell'invidia nella genesi dei disturbi delle relazioni oggettuali, dei fenomeni di ritiro schizoide ecc. (Klein, 1935; Klein, 1946; Klein, 1957; Spillius, 1988a; Spillius, 1988b).

Riguardo alla tecnica kleiniana del trattamento l'obiettivo è la conoscenza della fantasia inconscia, con tutti gli errori metodologici che nascono dal credere che vi si possa avere accesso diretto, più o meno semplice, attraverso il contenuto manifesto del discorso. Poiché l'accesso alla fantasia inconscia profonda è sempre più che problematico, salvo, e in casi molto particolari, in alcuni momenti e in alcuni pazienti, la si deve inventare: l'analista fa una lettura di tipo analogico/simbolica del discorso manifesto del paziente, ritraducendo ciò che questi dice nei termini della teoria utilizzata, oltre a convertirlo in un riferimento alla relazione con l'analista.

La cosa interessante è che quando un gruppo di analisti condivide uno stesso sistema di decodifica - non succede solo ai kleiniani -, la sua continua applicazione e, specialmente, il suo riconoscimento da parte dei colleghi, fa sì che la sua mente lavori automaticamente come una macchina che attribuisce significati secondo un sistema di decodifica rigido, creando una situazione difficile da modificare. Ciò che non si considera in queste situazioni è che le interpretazioni più che mettere in luce lo stato del paziente parlano del codice dell'analista, delle narrative automatiche attraverso cui interpreta i dati. L'analista è guidato, senza saperlo, dal sistema di decodifica appreso.

Riguardo al ruolo dell'analista, egli è visto come un neutro lettore delle fantasie del paziente senza che i suoi desideri di autoconservazione - tra gli altri, mantenere il paziente -, di attaccamento, narcisistici, o sessuali, contribuiscano a determinare la sua condotta, essendo il transfert qualcosa che si svilupperebbe per la sola azione del paziente. Nonostante si tenga in conto il ruolo del controtransfert, nella pratica si lavora come se il processo fosse determinato esclusivamente dal paziente.

Tornando al problema del codice dell'analista attraverso cui viene "letto" il paziente, la cecità riguardo al ruolo strutturante di questo codice si coglie nelle supervisioni, di nuovo non solo kleiniane (sarebbe ingiusto attribuire solo a questa scuola ciò che è comune nel campo analitico). L'analista che porta un paziente in supervisione racconta quello che successe in seduta e il supervisore, invece di domandarsi: attraverso quale codice si costituisce il racconto, a partire da quali necessità affettive, attraverso quali angosce selezionò ciò che ricorda e descrive del paziente, all'interno di quale relazione il supervisore seleziona ciò che mette a fuoco e ciò che esclude, ecc.?, supervisore e supervisionato prendono il racconto come una descrizione del paziente e di quello che fa. La situazione non si risolve con il fatto che di tanto in tanto si menzioni il controtransfert, i desideri aggressivi, erotici, ecc. E' il codice stesso dell'analista, qualcosa di molto più generale di certi momenti isolati di controtransfert, ciò che determina la percezione del paziente. E' sorprendente che per il paziente si costruiscano i codici caratteriologici attraverso cui coglie la realtà e invece l'analista si collochi in un santuario fuori da questa stessa condizione.

Con tutto ciò la situazione non è né semplice né comoda, c'è una condizione ostacolante del quadro della supervisione: non è una analisi personale dell'analista che porta il caso, né deve esserlo. Tuttavia è possibile che il supervisore/a prospetti alcune delle domande che proponevamo, per quanto le risposte rimangano nella mente dell'analista supervisionato senza che ci sia necessità di comunicarle. Anche per il supervisore il compito non è facile: deve cercare di avvicinarsi a un'idea del paziente

sbrogliando il codice di chi lo informa, domandandosi come la situazione intersoggettiva della supervisione e il modello teorico condiviso condizionino ciò che gli si racconta e come le sue stesse necessità, angosce, difese, intervengano. Il supervisore ha il compito impossibile di essere analista - nel senso che analizza, comprende, non di quello che interpreta - del paziente a cui il supervisore si riferisce, analista del supervisionato/a, analista di sé stesso, analista delle interazioni tra il supervisionato e il suo paziente, tra sé stesso e il supervisionato. E tutto questo per essere serbato, in gran misura, in sé stesso. Il non infrangere i limiti del quadro in cui si svolge la supervisione deve essere la regola, però altrettanto imperativo è l'obbligo di aiutare il supervisionato a superare il mancato riconoscimento che ciò che pensa di portare come materiale obiettivo del paziente che è una visione segnata dai suoi propri codici caratteriologici, teorici e dalla relazione con il supervisore in quanto persona e portavoce di un orientamento teorico.

Lacan

Suoi meriti sono stati l'aver introdotto in psicoanalisi il ruolo dell'altro nella strutturazione del soggetto, l'enfatizzare che tutti siamo effetto di discorsi degli altri e attraversati dai loro desideri, aver introdotto il ruolo del terzo nel permettere al soggetto di trascendere le catture identificatorie della relazione diadica, il differenziare l'ordine della struttura delle immaginizzazioni della fantasia inconscia e il pensiero cosciente, il distinguere l'edipo come struttura e le varianti dell'aneddotica individuale che lo mette in scena. Cioè aver collocato le rappresentazioni che dominano il soggetto all'interno di un ordine simbolico del quale sono conseguenza.

Suoi limiti sul piano teorico e clinico sono stati: la disattenzione per il conflitto psichico e per le molteplici angosce che sorgono a partire da esso, per le difese erette contro le stesse, il disprezzo dell'affettività caratterizzata come cieca sensibilità provocata dal gioco del significante e, soprattutto, il rimpiazzo dell'interesse per la descrizione del funzionamento dello psichismo e dell'inconscio con grandi concezioni ideologico-filosofiche. Per tanto, si ritirò dall'interesse Freudiano per lo studio di come opera lo psichismo e dall'esame minuzioso delle sue leggi per andare verso la metodologia del discorso filosofico, non solo attuale ma anche prescientifico, nel quale poche formule sono utilizzate per dare conto della realtà...

Riguardo all'inconscio, lo ridusse fino a estremi considerevoli: puro gioco meccanico del significante e non prodotto complesso dell'interrelazione tra molteplici settori che derivano tanto dalla rimozione - inconscio formato dal respinto dalla coscienza per ragioni affettive - come dagli effetti della combinatoria dei significati, dalla memoria procedurale risultante dalle interazioni tra il soggetto e gli altri, dalle identificazioni oltre al gioco del significante. La sua tendenza alla polarizzazione auto idealizzante sostenuta dalla politica del potere - gli altri sono traditori e "canaglie", noi gli "autentici" - gli fece prendere la sua parte di descrizione come totalità. Invece di considerare lo psichismo e l'inconscio come qualcosa di complesso, con molteplici sistemi motivazionali e livelli articolati di strutturazione, cui poteva aggiungere dimensioni a cui altri non avevano fatto attenzione, ogni sviluppo fu fatto con l'esclusione denigratoria degli altri. Risultato: un modello riduzionista, chiuso in poche formule, seduttive per la facilità con cui possono essere apprese e ripetute dai discepoli, con una psicopatologia caricaturale in cui qualcosa di così complesso come le psicosi viene risolto con la semplice formulazione per cui non è avvenuta l'iscrizione di un significante fondamentale, la forclusione del nome del

padre (Lacan, 1966a), o le “perversioni” - la struttura “perversa”, per essere più precisi - per l’azione della diniego della castrazione.

Riguardo alla tecnica Lacaniana del trattamento: nella prima epoca, il riconoscimento del desiderio per le conseguenze che ha il suo stesso annegamento, desiderio la cui circolazione si stimolava perché qualunque trattenimento in uno particolare risulterebbe un puro intrappolamento nell’immaginario. Successivamente, l’atto analitico (Lacan, 1967-8), spontaneo da parte dell’analista, del quale si sostiene che non sa che significa né cerca coscientemente di andare da qualche parte. Ciò, derivato dall’influenza del surrealismo nel patrocinio di una scrittura o pittura “automatiche”, librata alla spontaneità dell’atto creativo.

Ma tanto in una concezione della tecnica come nell’altra e nelle varianti attuali che accettano la psicoterapia che per più di trent’anni era stata squalificata come ortopedia, ciò che domina è una tecnica universale, da applicare senza tenere di conto delle numerose dimensioni diagnostiche da considerare in ogni caso. Se le produzioni psicopatologiche rimangono comprese in poche formule - per esempio la già menzionata “psicosi per la forclusione del nome del padre”, allora le forme d’intervento avranno la limitazione di rispondere alle poche categorie di cui si tiene conto. Non basta parlare de “la” anoressia o de “la” nevrosi ossessiva e far derivare per esse qualche piccola variante della formula generale del trattamento, che si converte ora nella formula generale che guida la cura per quella categoria considerata omogenea - da qui “la” anoressia al singolare -, poiché ciò non tiene conto dei sottotipi di anoressia, dei sottotipi di struttura di personalità nei quali il sintomo anoressico è componente ed espressione, del gioco interrelato tra dimensioni corrispondenti ai differenti sistemi motivazionali, delle difese, delle varianti dell’angoscia, delle modalità di funzionamento dell’inconscio e della coscienza.

Il limite invalicabile per qualunque progresso realizzabile nel Lacanismo riguardo alla teoria e alla tecnica della cura consiste nella concezione epistemologica e metodologica che inquadra tutti i suoi sviluppi: lo psichismo non è visto come il risultato della complessità dei meccanismi e delle regolazioni che si andarono creando e articolando durante lo sviluppo della mente umana, e le cui leggi devono essere studiate in particolare, ma come determinato da poche formule generali - esempio: l’immaginario, il simbolico, il reale; o la forclusione, il fallo, la castrazione ecc. Inoltre, l’abbandono di una linea fertile degli anni ‘50 - lo studio dell’intersoggettività - colloca il Lacanismo fuori della possibilità di pensare la situazione analitica come creata dai due partecipanti che intervengono nel suo sviluppo. In nessun’altra scuola psicoanalitica l’abuso di potere dello psicoanalista sull’analizzato - nonostante sia chiamato “analizzante” - ha raggiunto certi estremi. Lo stesso si dica della relazione tra Lacan e i suoi allievi, e tra gli attuali capi del movimento e i loro discepoli, essendo caratteristica di essa le frasi emesse come ordini che passano a essere ripetute come verità da conoscere e non come proposte da discutere.

Kohut

Pone la necessità umana di fusione con una figura idealizzata e di riconoscimento da parte di essa come asse dello sviluppo normale, del sentimento di vitalità e di coesione del sé, sottolineando il ruolo fondamentale della figura esterna nel soddisfare o frustrare questa necessità e nella strutturazione del soggetto, provvedendo le esperienze “oggetto-

sé” - le esperienze che il soggetto ha con l’oggetto sé. La psicopatologia sorgerebbe come conseguenza dei fallimenti delle figure significative - nell’infanzia e nella vita adulta - nel compiere le funzioni che permettono di sviluppare e sostenere il sé in tutte le aree di funzionamento, sia la sessualità, l’autoconservazione o la progettualità. L’istinto è considerato subordinato e modellato dalla risposta dell’altro, alla ricerca che il soggetto fa di questo altro. L’aggressività sarebbe la conseguenza della frustrazione del sé nell’essere specularizzato adeguatamente o nel potersi fondere con l’imago parentale idealizzata (Kohut, 1971, 1977, 1984). Sebbene i disturbi da conflitto non siano eliminati - in alcuni casi parla dell’uomo colpevole, si riconosce la sua esistenza-, l’enfasi ricade sui disturbi da deficit, in cui le figure significative non diedero adeguato sostegno.

La teoria della cura consiste nel non ripetere da parte dell’analista i fallimenti dei genitori, fornendo fin dal principio ciò che nel soggetto è scarso - rispecchiamento e fusione con la figura idealizzata dell’analista - e in modo che, in seguito, attraverso l’internalizzazione di ciò che è stato previamente fornito dal terapeuta, il paziente sia capace di sostenere la sua autostima e coesione del sé (l’internalizzazione trasmutante).

L’atteggiamento del terapeuta non è quello di aiutare il paziente a scoprire i conflitti, i desideri aggressivi o incestuosi, ma quello di permettere che emergano i desideri rimossi del paziente specialmente nell’area del narcisismo - grandiosità per es. - , di tollerare e insieme soddisfare temporaneamente questi stessi desideri quando sia possibile, mostrando le radici infantili e, specialmente, i difetti genitoriali, compreso la loro patologia. L’“immersione empatica” - il collocarsi del terapeuta nella prospettiva soggettiva del paziente -, senzaconfrontare le proteste del paziente verso la realtà, è considerata la posizione terapeutica che permette di non riprodurre i traumi infantili.

Il contributo di Kohut, a grandi linee, consiste nell’aver riconosciuto una dimensione strutturante alle necessità narcisistiche del soggetto e ad aver tolto il soggetto dal centro della patologia mostrando l’importanza della patologia dei genitori, delle figure esterne attuali, e di ciò che esse fanno. Nel campo della terapia rompe con il mito dell’analista neutro, semplice lettore dell’inconscio del paziente, e lo vede come causa importante delle reazioni di questi. Naturalmente i contributi di Ferenczi, di Fairbairn, di Winnicott, tra gli altri, sono alla base dei suoi sviluppi, tuttavia egli elabora una teoria del narcisismo e della figura esterna - analista incluso - con una sistematicità e specificità che non si trova in questi autori (Balint, 1952, Balint, 1968, Fairbairn, 1943; Ferenczi, 1932; Winnicott, 1989).

Però tutto questo al prezzo di sottostimare il ruolo della sessualità, del conflitto, della rivalità, dell’aggressività. E, sul piano terapeutico, un atteggiamento e una tecnica che corrono continuamente il rischio di cadere nel semplice appoggio. Se il paziente descritto da Melanie Klein è un guerriero samurai distruttore, quello di Kohut è un essere dotato di buone intenzioni a cui sarebbe sufficiente fornire ciò di cui ha narcisisticamente bisogno affinché si sviluppi normalmente e la patologia svanisca.

In questo senso non è difficile vedere, tanto nella Klein come in Kohut, la ricomparsa nella psicoanalisi di grandi ideologie mitiche sulla bontà o la malvagità immanente nell’Uomo e la relazione di queste con l’esterno. Ciò che nel racconto biblico compare come il buono esterno che si perde (il paradiso) a causa del desiderio trasgressivo del soggetto (mangiare il frutto proibito), nella Klein prende la forma per cui il buono esterno (il seno buono dell’analista) si perde per qualcosa di interno al paziente (il desiderio aggressivo trasgressivo). Tanto il racconto biblico come la Klein vedono la

sofferenza del soggetto come causata da lui stesso, da qui deriva il ruolo centrale che assume la colpa e l'espiazione/riparazione. A differenza di questa concezione, ciò che nelle differenti religioni costituisce l'incarnazione del male esterno (il demonio), che s'impossessa del soggetto e lo corrompe facendolo soffrire, in Kohut è la figura esterna che perturba il soggetto intrinsecamente buono. Il soggetto non è colpevole ma è l'altro esterno che lo opprime con il suo abuso di potere.

La psicologia dell'Io

Nell'adesione quasi letterale al Freud de "L'Io e l'Es", gli psicologi dell'io organizzano la comprensione di ogni cosa in termini di edipo classico, di desideri incestuosi e impulsi aggressivi nei confronti del rivale edipico, desideri e impulsi rimossi dell'es nei confronti dei quali l'io oppone resistenze per evitare la loro comparsa nella coscienza. L'analisi di queste resistenze dell'io costituisce l'essenza del trattamento, di modo che una volta superate emergerebbe, in modo quasi naturale, l'impulso rimosso, che può così integrarsi in un Io ampliato e più ricco di risorse. A differenza dei Kleiniani che interpretano il rimosso, le fantasie inconse profonde, è lo sviluppo della crescente capacità di auto osservazione da parte del paziente dei suoi movimenti difensivi ciò che metterà al centro il trattamento. Con tutto ciò, gli psicologi dell'io condividono con i Kleiniani la concezione di un analista neutro, obiettivo, che non determina il processo ma che semplicemente è oggetto del transfert del paziente; fondamentalmente di tipo sessuale/aggressivo. I bisogni narcisistici e di attaccamento precedenti al periodo edipico e ulteriori non sono importante oggetto di attenzione.

All'interno della psicologia dell'io alcuni autori come Bush o Gray enfatizzano il non leggere l'inconscio del paziente passando sopra alle resistenze e, specialmente, il cercar di promuovere un io osservatore che sia partecipe e attivo nel processo di autoconoscenza (Busch, 1999; Gray, 1996). La posizione fondamentale di Gray e Bush è quella di aspettare che il conflitto tra l'impulso e la difesa si renda cosciente, cioè, fino a che un impulso dell'es emerga e tenda ad essere rimosso. Questa è una differenza con uno dei più importanti rappresentanti della psicologia dell'io, Brenner (1994), il quale interpreta il conflitto inconscio e considera che si debba scartare l'approccio strutturale -seconda topica- poiché tutto, incluso ciò che chiamiamo io, è una formazione di compromesso tra impulsi aggressivi e libidici, da un lato, e difese dall'altro (per una sintesi dell'opera di Brenner, si vedano i due numeri 3 e 4 del *Journal of clinical Psychoanalysis*, vol. 3, 1994). Come si vede, all'interno della psicologia dell'io esistono profonde divergenze riguardo al ruolo dell'io e alla tecnica d'intervento...

I limiti della psicologia dell'io sono numerosi. Sul piano della concezione dell'inconscio, questi sorgerebbe dall'interno del soggetto, per effetto della rimozione degli impulsi (drives) indesiderati, predominando il biologismo sui sistemi di significazione dati dall'universo simbolico in cui si costruiscono i suoi desideri, credenze e tipi di difesa. Il ruolo strutturante dei genitori nel modellare l'edipo attraverso le interazioni e le identificazioni non trova il posto adeguato.

La realtà sarebbe colta dall'analista che aiuterebbe il paziente a superare le sue distorsioni, create dai desideri e dalle angosce infantili. In questa prospettiva domina un realismo ingenuo senza che via sia una riflessione epistemologica sul sistema a partire dal quale l'analista costruisce le sue interpretazioni e sull'effetto delle sue concezioni e della sua persona sullo svolgimento della relazione analitica. Sul piano della relazione

terapeutica esiste, a nostro giudizio, disattenzione riguardo alle profonde necessità di attaccamento e di consolidamento narcisistico che il paziente ricerca nel vincolo con il terapeuta. Il timore di cadere nell'appoggio o nell'agito fanno sì che il terapeuta si muova rigidamente all'interno di un ridotto repertorio di interventi.

Gli intersoggettivisti, i relazionali, gli interpersonali

Per una revisione delle differenze tra queste correnti, vedere in *Aperturas Psicoanalíticas* - No. 5, luglio 2000 - il lavoro di Dori Deprati "Diferencias entre dos corrientes psicoanalíticas: la interpersonal y la relacional", nella cui ultima parte si esaminano, tra l'altro, le postulazioni dei cosiddetti intersoggettivisti. Inoltre, la rassegna di Nora Levinton in *Aperturas Psicoanalíticas* -No. 4, aprile 2000- su "Concetti relazionali in psicoanalisi: una integrazione"; e le due rassegne su libri di Mitchell in questo numero di *Aperturas* (Il No. 9 *NDR*).

Forse il contributo più significativo di queste correnti - specialmente i relazionali e gli intersoggettivisti -, lasciando da parte, nella generalizzazione che segue, le differenze tra loro, è l'esame della situazione terapeutica come co-costruzione tra paziente e terapeuta, in cui i tratti di personalità e la psicopatologia dell'uno e dell'altro determinano, nel loro intrecciarsi, il decorso del trattamento. La relazione terapeutica è intesa come un incontro tra i transfert del paziente e del terapeuta, non essendo il transfert qualcosa che il paziente porta in analisi e che si dispiega spontaneamente sotto gli occhi del terapeuta osservatore, non essendo importante chi sia o come si comporti. Nessuno come loro ha messo così tanto in discussione la figura del terapeuta, rompendo il mito del terapeuta neutro/oggettivo e dell'interpretazione come semplice scoperta di qualcosa che esiste, postulando che attraverso l'interpretazione l'analista costruisce narrative e inconscio. La loro attenzione al contesto in cui ha luogo la patologia del paziente li avvicina agli interpersonalisti, per quanto vi siano differenze importanti (Greenberg, 2001; White, 2001).

L'impatto che i lavori di queste correnti hanno avuto sulla psicoanalisi contemporanea è stato enormemente benefico poiché hanno messo in discussione il realismo ingenuo e la posizione autoritaria dell'analista come possessore di verità, garantite dalle sue teorie, che devono essere trasmesse ai suoi pazienti. Inoltre hanno inserito lo studio dell'interazione tra genitori e bambini e le conoscenze attuali sul sistema dell'attaccamento come parte della teoria evolutiva che spiega l'organizzazione dello psichismo.

Il gran deficit degli intersoggettivisti attuali (Storolow, Atwood, Orange), è il crescente disinteresse per la descrizione del funzionamento dello psichismo, delle forze che operano al suo interno, del conflitto intrapsichico, delle resistenze, della struttura dell'inconscio, del super io inconscio. Dato che tutto è visto come una narrativa soggettiva, le credenze del paziente saranno valide quanto quelle dell'analista. Il processo consisterebbe in un negoziato tra due realtà soggettive. Non esiste un inconscio reale che sta qui e a cui è possibile avvicinarsi, per quanto siano imperfette le teorie dell'analista o la sua visione. Sotto la tesi per cui alla realtà si accede mediante il discorso, dato che questi sono inevitabilmente soggettivi, si abbandona del tutto il tentativo di conoscere la realtà. Si tratta di una posizione nichilista, ermeneuticista estrema, che Hanly critica con una fine discriminazione intellettuale (Hanly & Fitz Patrik Hanly, 2001).

L'enfasi sugli effetti terapeutici dell'interazione e il collocarsi nella prospettiva del paziente, accettando la sua realtà soggettiva, conduce in molti casi, come ben segnala O'Connell (2001), a trascurare la realtà esterna con terapeuta e paziente chiusi in un'isola in cui si raccontano soltanto le loro realtà soggettive.

Queste obiezioni sulla mancanza di un modello ampio del funzionamento dello psichismo non sono applicabili ad autori come Mitchell (1997, 2000) o Lichtemberg (1989, 1992).

Il fascino dei grandi racconti mitici

L'aspetto rilevante dell'attrazione che esercitano i grandi autori della psicoanalisi e della passione messianica che risvegliano, si deve non solo ai grandi territori che scoprono, ma anche ai grandi racconti mitici che attivano nei loro discepoli. Quando M. Klein promette di liberare dal male affinché l'amore trionfi sull'odio, o Lacan solleva la bandiera di "non cedere al proprio desiderio" e di rompere con l'alienazione e la sottomissione all'altro, si risvegliano desideri largamente accarezzati da ognuno. Allo stesso modo, quando Kohut giustifica il soggetto e colloca l'errore nell'altro, o quando Winnicott parla del "ambiente facilitante" e della "madre sufficientemente buona", tutte le speranze si animano essendo credute possibili: non sentire colpa, essere amati da parte dell'altro, vivere senza coercizione esterna ed essere automaticamente se stessi. O quando la psicologia dell'io riprende l'aforisma "Dov'è c'era l'Es ci sarà l'Io" seduce con l'idea di dominare le passioni e di collocarle sotto il dominio di un io razionale. Quando infine gli intersoggettivisti indicano come tutto si co-costruisca nel dialogo e che non ci sono verità, che ogni verità è soggettiva e valida quanto le altre, contribuiscono a creare un sentimento di libertà rispetto alla realtà esterna, di evitamento del conflitto e di confronto con il simile.

Non è questo il luogo per approfondire le promesse mitiche che solleva ogni scuola psicoanalitica - il tipo di desideri che considera realizzabili e le angosce che promette di dissipare - però, per lo meno, possiamo lasciare aperta la questione di come risvegliando grandi speranze dell'uomo ricevano appoggio per le loro verità, importanti senza dubbio, ma che da sole sarebbero difficilmente sostenibili.

Primo riepilogo: necessità di un modello integrato

Che cosa ci insegna questo breve percorso attraverso i contributi che le diverse scuole hanno dato alla nostra conoscenza sulla struttura dello psichismo e la tecnica terapeutica? La perdita che comporterebbe chiudersi in una sola di queste come se fosse capace di rendere conto della totalità delle dimensioni il gioco, e, pertanto, la necessità di un modello integrato. Modello che non può derivare da un eclettismo che prenda un po' da tutti - una specie di giustapposizione ateorica -, ma che deve fondarsi su una concezione che renda conto dei molti sistemi motivazionali organizzati intorno a necessità e desideri specifici (etero-autoconservazione, attaccamento, narcisismo, sessualità ecc.) e la loro articolazione con sottotipi di angoscia e i sistemi tendenti a contrastarle - difese, tra queste l'aggressività -, così come una descrizione delle modalità di funzionamento dell'inconscio e la coscienza e dell'interazione reciproca tra il livello simbolico e quello neurobiologico. E' quello che cerchiamo di fare con il modello che abbiamo chiamato approccio "Modulare-trasformazionale", di cui si può trovare

un'esposizione sintetica nella prima parte del lavoro "Applicazione dell'approccio modulare-trasformativo alla diagnostica dei disturbi narcisistici" (Bleichmar, 2000a). Recentemente a partire da un modello integrato di funzionamento dello psichismo normale e patologico è possibile pensare a un modello di intervento terapeutico che non consista in un mera serie di ricette pronte all'uso. (Bleichmar, 1997, 1999a, 1999b).

Differenti tipi d'iscrizione dell'esperienza, di sistemi di memoria

Attualmente esistono ampie evidenze sull'esistenza di molti sistemi di memoria quanto al tipo di informazione elaborata, ai modi di operare e alle basi neurofisiologiche degli stessi (Tulving & Craik, 2000). Non ci intratteremo in un esame dettagliato dell'argomento ma ci riferiremo a due tipi di memoria la cui distinzione è pertinente per il lavoro analitico: la "memoria dichiarativa" e la "non dichiarativa" (si veda l'eccellente sintesi di Davis (2001)). La denominazione "memoria dichiarativa" si usa per riferirsi al fatto che un soggetto può avere nella sua coscienza e mettere in parole un ricordo, cioè "dichiararlo".

Al contrario, la denominazione memoria "non dichiarativa" allude a differenti condizioni: le abilità che servono per realizzare procedure - andare in bicicletta, disegnare, giocare a tennis, ecc. - ma soprattutto, in quanto interessa agli psicoanalisti, il modo di iscrizione dei vincoli, le reazioni affettive automatiche che un bambino può avere di fronte alle modalità di contatto con l'altro significativo, le operazioni dei meccanismi di difesa - il funzionamento in sé, non i contenuti su cui operano -, le reazioni affettive che si scatenano di fronte a certi stimoli - per es. paura di fronte al broncio corrucciato: perdita di vitalità in situazioni di separazione -. ecc. I modi automatizzati di stare con gli altri sono chiamati da Stern (1998) "conoscenza implicita relazionale". Questi modi di esistere psichico sono inconsci e, come dice Davis (2001) "essi operano fuori della percezione dell'individuo, tuttavia non sono rimossi o, detto altrimenti, non sono dinamicamente inconsci" (p.82).

La memoria dichiarativa si chiama solitamente "memoria esplicita" e la non dichiarativa "memoria implicita". A volte si utilizza nella letteratura indifferentemente "memoria non dichiarativa" e "memoria implicita" e "memoria procedurale" per quanto, in verità, non siano sovrapponibili. In questo lavoro utilizzeremo la denominazione di memoria procedurale per riferirci alla memoria non dichiarativa. Tuttavia, al di là delle connotazioni che suggeriscono i termini in uso, e delle precisazioni terminologiche che si possono fare in futuro, ciò che oggi viene accettato senza discussione è che risulta molto differente ciò che, da un lato, può essere pensato, rappresentato in immagini o posto in parole e ciò che, d'altro lato, esiste iscritto in termini di procedure, di schemi affettivo-motori, di operazioni dello psichismo che manipolano contenuti. I processi affettivi per esempio non sono rappresentati, per quanto il soggetto possa successivamente dargli una rappresentazione immaginaria che la metaforizza non arriverà a descriverli così tali e quali sono.

Applicazione alla clinica

Di seguito presenteremo alcuni esempi centrati su certe problematiche molto limitate ma che, proprio perché circoscritte, ci permetteranno di illustrare, per quanto in modo schematico, la relazione tra la comprensione che abbiamo dei differenti tipi di

elaborazioni inconscie, il modo in cui qualcosa è organizzato nella memoria e le modalità di intervento terapeutico.

La devitalizzazione: una vignetta clinica

Si tratta di una donna che giunge al trattamento con una profonda devitalizzazione a cui soggiace un sentimento di impotenza e profonda sfiducia che la sua condotta possa avere qualche effetto sulla realtà, specialmente la reazione dell'altro. Parla "per dentro", come ingoiandosi le parole, quasi senza espressione emotiva che accompagni ciò che racconta. La ascolto faccia a faccia e quando le formulo un'osservazione o un'interpretazione rimane a guardarmi senza nessuna espressione che mi indichi se accetta o respinge ciò che dico, o se la colpisce in qualche modo. Ha un atteggiamento notevolmente sottomesso, che è lo stesso che caratterizza tutti i suoi legami.

Sa dei suoi limiti e per questo viene in analisi ma senza molte speranze perché in un precedente lavoro il terapeuta aveva interrotto l'analisi per mancanza di progressi. E' intelligente, associa, porta sogni, comprende anche qualcuno dei loro significati, ma tutto ciò non cambia le sue reazioni automatiche, il modo con cui si rapporta agli altri. Non si tratta della soppressione del richiamo, piuttosto il suo stato emotivo evoca le descrizioni dei casi di ospitalismo nella fase in cui scompare il lamento e la lotta per recuperare l'oggetto di attaccamento dopo il fallimento nell'ottenerne il ritorno. La paziente aveva vissuto un'infanzia in cui una madre estremamente inaccessibile, centrata su sé stessa, non rispondeva al suo desiderio di rappresentare qualcosa per lei - una sorella occupava tutta la sua attenzione. Un padre debole, sottomesso alla moglie, non costituì nessun appoggio o, ancor più, fu il modello d'identificazione di qualcuno che si sentiva senza diritti di fronte alla moglie.

L'unico ambito in cui sussiste la capacità di desiderare e di sperare che il desiderio si realizzi è quello della sessualità, trovando in quest'ultima piacere e una via d'uscita transitoria alla sua devitalizzazione. L'aspetto più vistoso è quanto poco si aspetti dagli altri, eccetto, come abbiamo detto, nella sessualità, essendosi rassegnata a vivere negli interstizi che gli altri gli concedono. E' una posizione fondamentale, riproduzione di ciò che visse con la madre, in cui l'inibizione del desiderare in importanti settori non si deve alla classica inibizione prodotta da ciò che in Freud si chiama angoscia di castrazione, a un fenomeno di rimozione di un desiderio perché entra in conflitto col super io, ma a qualcosa di molto più fondamentale, la mancanza di risposta dell'altro, che ebbe una doppia conseguenza: a) un *deficit nella forza del desiderio*, che dipende sempre nella sua costituzione e mantenimento dalla vitalizzazione che gli imprime l'altro; b) un sentimento profondo di illegittimità che passò a formare parte della sua identità, poiché se la figura significativa non risponde per il bambino significa che quello che chiede non è adeguato. Nella nostra paziente, svalutazione di sé che va parallelamente all'idealizzazione degli altri, rispetto ai quali sente che è chiaramente inferiore. Sogna di vedere come gli altri formino gruppi che partecipano di differenti attività mentre lei rimane isolata. Non c'è rimprovero agli altri se non semplice "constatazione" - così crede lei - che agli altri non interessa stare con lei poiché non ha niente di interessante da offrire. Il desiderio di partecipare ad attività con gli altri sussiste, per quanto enormemente debilitato, ma la sua convinzione che non sarà soddisfatto inibisce la sua forza e la sua trasformazione in azione.

Desideriamo insistere su quest'ultimo punto, distinguendo tra la forza del desiderio, aspettativa della sua realizzazione nella realtà e passaggio all'azione nella realtà per far sì che ottenga soddisfazione reale e non solamente in fantasia. Quando esiste l'aspettativa che l'altro non risponderà affermativamente al desiderio del soggetto, la sua intensità diminuisce progressivamente, potendo arrivare fino a scomparire, destino cui vanno incontro anche tutti i movimenti nella realtà che potrebbero essere spinti dal desiderio. Nella nostra paziente era evidente questo fenomeno che in un altro lavoro descrivemmo come "disattivazione settoriale dell'inconscio", per indicare che il desiderio non è rimosso, rimanendo vigoroso nell'inconscio, ma che nell'inconscio si trova in una situazione differente avendo perso la sua forza; di qui la denominazione di "disattivato" (Bleichmar, 1997).

Ciò che permise alla paziente il cambiamento della sua devitalizzazione furono una serie d'interventi che occorsero a livelli molto differenti. Da un lato, la ricostruzione storica dei suoi legami con i suoi genitori che furono quelli che generarono un sentimento di profonda inadeguatezza personale e di mancanza di speranza di provocare nell'altro il riconoscimento desiderato. Questo lavoro intorno all'identità assunta e alle cause che la fecero sentire inadeguata reinscrissero, per implicazione, rappresentazioni contrarie a quelle iniziali. Non è la ricostruzione storica in sé che è mutativa - è quello che segnala Fonagy (1999) -, ma il fatto che in questo processo vada emergendo un'alternativa, un modo di rappresentare sé stessa, un cammino da seguire, stimolato da un terapeuta che crede che il suo paziente possa cambiare. La ricostruzione storica, avvenendo in un contesto intersoggettivo crea un'altra rappresentazione del sé generando il significato "Tu non sei unicamente quella che stai descrivendo, nel senso di qualità intrinseca, immanente, ma quel modo di essere fu il modo di reagire a determinate circostanze, Puoi essere differente ora". E' questo significato, condiviso nell'intersoggettività, dotato della forza della credenza dell'altro significativo - il terapeuta - ciò che dà inizio al cambiamento. Per quanto ci sia bisogno di qualcosa di più.

Giunse un momento, non molto avanzato nel trattamento, in cui lei "conosceva" molte delle ragioni dei suoi problemi, ma ugualmente continuava a reagire automaticamente secondo la modalità abituale. Questa problematica in cui qualcuno sa qualcosa e, tuttavia, non cambia, è ciò che costituì un enigma per Freud (1915b) che si interrogava su come può accadere che una volta che il paziente ha ricevuto l'interpretazione adeguata, tuttavia non si produca una modificazione della patologia. Ciò lo condusse in quel lavoro a prospettarsi la tesi della doppia trascrizione - o doppia iscrizione come appare in altre traduzioni. Ci sarebbe una iscrizione nella coscienza e un'iscrizione nell'inconscio. Quest'ultima la chiameremo ora iscrizione in forma di memoria procedurale, modo di sentire e agire automatico. L'iscrizione cosciente diventa memoria dichiarativa. Il problema è come si cambia il procedurale.

Un problema importante della tecnica che incontriamo quotidianamente è che, quando il paziente infine conosce le situazioni infantili che diedero origine alle condotte attuali, nonostante ciò, la condotta persiste. Sono trattamenti che quando arrivano in supervisione, il supervisore dice qualcosa e il terapeuta che porta il paziente dice: "Gliel'ho già detto, ci abbiamo già lavorato"; allora il supervisore scopre un'altra venatura e si torna a rispondergli "No, no, anche su questo abbiamo già lavorato". Si sono elaborate cose veramente importanti, però la condotta del paziente non si modifica. E' ciò che vediamo in alcuni pazienti fobici, timidi, insicuri di tutta la vita, con i quali facciamo una ricostruzione storica delle cause che giustificano la patologia, ma non si produce cambiamento.

Perciò, nel caso della mia paziente, insieme al lavoro di ricostruzione storica, ciò che assunsi da parte mia fu un atteggiamento di coinvolgimento spontaneo nel legame, di intervento attivo nei progetti e mille aspetti della vita quotidiana non perché mi aspettassi che una mia presunta expertise nell'orientare la vita della paziente le mettesse sulla retta via ma perché il significato vissuto per lei era che il coinvolgimento emotivo del terapeuta provava che lei valeva, che occupava un luogo nella mente dell'altro. Oltre a ciò, e non di secondaria importanza, l'espressione delle mie emozioni, il permettermi entusiasmo e un certo grado di passione, fece sì che la paziente partecipasse a una relazione vitalizzante, nel piacere dell'incontro, compreso il piacere della sfida e del disaccordo che narcisizza perché afferma la propria posizione. L'atteggiamento che la paziente tenne nel rapporto con me le permise di inscrivere, in forma di memoria procedurale, modi di sentire e di agire che non erano rimossi ma che erano stati abortiti nel loro possibile sviluppo.

Si tratta d'interventi del terapeuta che oltrepassano la semplice empatia con cui si comprende ciò che accade nel paziente e gli si comunica, per diventare condotta e atteggiamento che infondono forza al desiderio, promuovano il piacere nell'incontro e l'aspettativa che si potrà ottenere una risposta positiva nell'altro. E' la qualità del legame, la sua intensità, incluso il confronto polemico, che trasmette l'idea che ciò che il paziente dice al terapeuta interessa, che il paziente e il suo destino sono sufficientemente importanti per il terapeuta da arrivare a "litigare" per il grado di coinvolgimento nella decisione riguardo i percorsi da fare.

Contrariamente a ciò che si potrebbe pensare e cioè che un terapeuta appassionato nelle sue opinioni correrebbe il rischio di schiacciare un soggetto "debole", quando le opinioni del terapeuta si esprimono chiaramente e non si rifiuta il confronto, il paziente vive l'esperienza di partecipare a un tipo di scambio vigoroso di cui fu carente nell'infanzia, naturalmente a patto che vi sia un profondo rispetto per le opinioni del paziente e che si meta comunichi il piacere nella polemica, al modo del piacere che hanno due concorrenti in un gioco in cui si rispettano reciprocamente, e, specialmente, che le idee del terapeuta portano il sigillo delle idee e non delle verità assolute, che si enunciano per discuterle per quanto in esse si metta passione. Ciò rende possibile un'identificazione del paziente con qualcuno che legittima le sue idee però che capisce, al tempo stesso, quanto siano relative e che, in ultima istanza, costituiscono niente più che opinioni.

Sappiamo della messa in discussione che si può fare di quello che stiamo proponendo e della classica posizione psicoanalitica in cui il terapeuta non deve avere opinioni, che si limiterà a interpretare, che non è un educatore, però, a parte il fatto che dietro ogni interpretazione c'è un'opinione, che tutto il silenzio apparentemente neutro trasmette significati, e che negare questo è auto ingannarsi e mistificare l'esperienza del paziente, nel caso particolare di pazienti come quella che abbiamo descritto risulta di importanza decisiva la sua partecipazione a un dialogo vivo e franco. Non c'è cosa più debilitante che trattare qualcuno come debole poiché lo si consolida in questa identità.

La posizione che sosteniamo concorda con quella che Westen (1999) mostra nel caso del suo paziente R. con il quale realizza un trattamento attivo, con interventi più strutturati e deliberati di quelli di un trattamento classico, interventi diretti a modificare un atteggiamento fobico di fronte all'elogio proveniente dagli altri. Westen mette in chiaro che ciò non ostacola un lavoro interpretativo: "E' importante notare anche come quest'atteggiamento stimoli invece di ritardare l'insight riguardo ad alcune dinamiche centrali" (p.1088). Inoltre, fonda ampiamente la tecnica impiegata in ciò che oggi si

conosce circa la modificazione di forme di memoria procedurale quando queste si convertono in modalità caratteriologiche per le quali non è sufficiente l'analisi delle fantasie inconse, essendo indispensabile il vivere esperienze che modifichino ciò che è stato precedentemente iscritto.

Nel caso della nostra paziente, un atteggiamento terapeutico classico di distanza, della cosiddetta neutralità affettiva, di astinenza, centrata unicamente nel fornire comprensione, avrebbe riprodotto - iatrogenicamente - il rapporto con una madre che alimentò, vestì, fece tutto ciò correttamente, però senza forme di partecipazione all'interscambio che legittimassero l'essere, la dotassero della forza del desiderio, le dessero la possibilità di sentire ed esprimere le sue emozioni con intensità, facendo uscire da uno stato di confusione. Come afferma Killingmo (1999): "Quanto più marcato sia un materiale clinico da residui di *deficit affettivo*, tanto più il transfert sarà caratterizzato dalla urgente necessità di un oggetto che possa correggere precedenti esperienze confuse di oggetto e che serva anche per l'internalizzazione di nuove, più benigne e differenziate rappresentazioni d'oggetto" (corsivo nostro). Aggiunge poco dopo: "prendendo come indicatore lo stato affettivo dominante nel paziente l'analista può anche sapere se il paziente -qui e ora- è capace di funzionare in una modalità che io chiamo di conoscenza. E' il paziente capace di formare un'alleanza con il terapeuta in un atteggiamento esplorativo e, finalmente, trarre profitto dall'interpretazione, o il suo senso d'insicurezza è tanto opprimente e la sua esperienza di sé così frammentata che l'analista deve astenersi da interventi esplorativi e orientarsi a interventi affermativi? Considero che la valutazione dell'impatto relativo del transfert da conflitto rispetto al transfert da deficit sia la cosa più importante nel mio modo di ascoltare-comprendere"

Dobbiamo aggiungere che nella nostra paziente un atteggiamento classico avrebbe rinforzato anche l'identificazione con una figura paterna non coinvolta ed emozionalmente spenta, ora rappresentata dall'analista.

Tuttavia, il fondamento di ciò che facemmo con la nostra paziente non si basa semplicemente sul fatto che fu utile per il trattamento, o che sono legittimi certi distanziamenti dalla tecnica classica -i cosiddetti "parametri", a partire da Eissler (1953), ma in una concettualizzazione dei processi inconsci che non lo riducono al rimosso, e che si basa sulle conoscenze che abbiamo oggi circa i differenti tipi di memoria. E' questo che richiede l'uso d'interventi che oltrepassino l'interpretazione classica. La nostra critica alle false dicotomie tra i partigiani dell'interpretazione come chiave del cambiamento e quelli che affermano che la relazione terapeutica costituisce il fattore trasformativo è dovuta a ciò. Tutti questi interventi sono necessari, dipende da cos'è che vogliamo modificare, a che tipo di processi inconsci ci rivolgiamo, qual è il tipo d'iscrizione - memoria dichiarativa, memoria procedurale -, qual è la capacità emotiva del paziente di ricevere ciò che si offre, e se semplicemente stiamo esplorando l'inconscio o stiamo creando qualcosa che non si costituì o fu abortito nel suo sviluppo per la mancanza di un ambiente "sufficientemente buono" (Winnicott, 1965). Sarà questo ciò che determinerà la modalità di intervento e non una tecnica valida in tutti i casi.

La "rappresentazione di cosa"

Quanto detto sopra ci riporta al tema del fatto che la reinscrizione in parole, sia attraverso un'interpretazione o una domanda che promuova una scoperta da parte del paziente, non è sufficiente per cambiare ciò che è solidamente ancorato allo psichismo.

Problema che porta in primo piano quale sia la relazione tra la conoscenza cosciente - uno degli obiettivi del trattamento analitico - e la modificazione e il cambiamento terapeutico. Qui conviene ricordare ciò che affermava Freud (1915b):

“In questo modo, a una considerazione superficiale, parrebbe dimostrato che le rappresentazioni conscie e inconscie sono trascrizioni diverse e tipicamente separate del medesimo contenuto. Ma basta riflettere un momento ancora per accorgersi che l’identità dell’informazione che abbiamo fornito al paziente con il suo ricordo rimosso è soltanto apparente. L’aver udito e l’aver vissuto sono due cose completamente diverse per natura psicologica, anche se hanno lo stesso contenuto”. (pag.171 (59ed.italiana ndr))

Egli distingue tra “rappresentazione di parola” - parole, rappresentazioni in termini di discorso, di spiegazioni, di interpretazioni, di conoscenza su se stessi- e “rappresentazione di cosa” a livello emotivo e di *schemi di azione, di memoria procedurale*, nelle relazioni con l’esterno in generale e con gli altri in particolare. Freud non sapeva delle iscrizioni che attualmente si collocano nella memoria procedurale ma si rese conto che è diverso parlare di qualcosa e vivere questo qualcosa di cui parliamo. Sostenne: “...la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della cosa più la rappresentazione della cosa corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta” (Freud, 1915b, p.198 (p.85 ed. italiana ndr)).

Il tema della “rappresentazione di cosa” ha meritato un’ampia ricerca in psicoanalisi. E’ stata concepita secondo un’ampia gamma: da ciò che corrisponde all’immagine dell’oggetto nominato - la celebre differenza di Sausure tra l’immagine dell’albero come significato e la parola albero come significante - fino alla materialità fonica della parola, la sua traccia uditiva, senza che significhi nulla, solo l’articolazione fonemica, o immagini percettive senza significato. Da parte nostra, intendiamo la rappresentazione - cosa come qualcosa di più ampio, comprendendo anche le iscrizioni della memoria procedurale. L’inconscio si trova formato da più elementi che le parole, immagini, significati. Insieme a queste cose si trovano le credenze matrici passionali, le fantasie complesse, si trovano schemi d’azione, schemi di coordinazione tra idee, affetti e azioni, di coordinazione tra gli affetti e il corpo. In questo modo, la scoperta di Freud della differenza tra rappresentazione di parola e rappresentazione di cosa acquisisce tutto il suo rilievo.

Per ottenere il cambiamento terapeutico non si tratta semplicemente di eliminare la rimozione e nemmeno del mero accesso alla conoscenza di ciò che non era conosciuto (nonostante l’enorme importanza di ciò, e che ricerchiamo nel corso di tutto il trattamento) ma di qualcosa che va oltre dell’ampliamento della coscienza e che è stato trascurato per molto tempo in psicoanalisi, nonostante molti autori ci abbiano insistito, tra gli altri (Balint, 1952, 1968; Gedo, 1979; Killingmo, 1995; Lichtenberg, Lachman, & Fosshage, 1996; Lichtenberg, 1992; Mitchell, 1997; Renik, 1996; Stern, 1998; Winnicott, 1989). Si tratta di cambiare l’inconscio a molti livelli: nelle credenze matrici passionali ma, anche, nei modi di reagire a livello affettivo, a livello neurovegetativo, a livello dei meccanismi anteriori alla proiezione, alla rimozione, alla negazione, come il ritiro, il blocco emozionale, la disattivazione parziale del desiderio, compreso il cercare di sospendere - a volte con successo - l’attività mentale, così come abbiamo menzionato precedentemente in relazione al paziente di Ogden. Per ognuna di queste condizioni sono richieste forme d’intervento specifiche, che integrino il meglio della produzione psicoanalitica (Pine, 1990, 1998). Crediamo che significhi perpetuare un ritardo continuare ad avere una tecnica monocorde per ogni tipo di paziente o di sintomatologia.

Perciò l'orientamento terapeutico che utilizziamo nel caso che riportiamo non lo proponiamo come modalità universale, rimpiazzando la tecnica classica, come vedremo nei pazienti che presenteremo più avanti.

Ritornando alla nostra paziente, che dire dell'aggressività, dei suoi desideri trasgressivi, della sua invidia, dei conflitti tra i suoi desideri e le proibizioni superegoiche? Era un caso di puro disturbo da deficit o c'era qualcosa di più? Il suo discorso portava segni di rabbia, di aggressività mascherata, d'invidia, di colpa per ciò che non avrebbe dovuto sentire. E' ciò che spesso vediamo: il deficit genera frustrazione del soggetto, confronto con gli altri che si presenta sotto forma d'invidia di diversi gradi di severità, di sentimenti di colpa ecc. Non c'è disturbo da deficit che non si accompagni a un conflitto psichico, a fantasie aggressive. Tuttavia l'aver insistito nei primi tempi dell'analisi sull'invidia o sull'aggressività, avrebbe rafforzato il sentimento d'inadeguatezza, perturbando tre sistemi motivazionali: il narcisistico - sei cattiva, inadeguata -, quello dell'attaccamento - angoscia di perdermi perché la vedrei come qualcuno che è indesiderabile -, e dell'autoconservazione - aumento delle angosce persecutorie. Più tardi quando si sentì meglio con se stessa, quando ebbe la convinzione profonda che io la apprezzavo, che mi piaceva, che non correva il pericolo di essere rifiutata, abbandonata, potemmo cominciare ad affrontare gli aspetti e i tratti masochistici di auto privazione (non si poteva comprare cose che gli piacevano, viveva in un modo eccessivamente frugale), che rimasero incorporati come tratti caratteriologici attraverso cui sentiva che non aveva diritto di chiedere a sua madre, e che nemmeno avrebbe ricevuto qualcosa nelle occasioni in cui si azzardava a farlo. Aveva cambiato in attivo - l'auto privazione - ciò che visse passivamente.

La memoria in stato labile

Ma prima di proporre una risposta al problema di come modificare l'inconscio, vediamo alcune scoperte recenti sulla struttura della memoria che rappresentano una vera rivoluzione nella nostra conoscenza di essa (Nadel & Land, 2000; Nader et al., 2000; Sara, 2000). Fino ad oggi si sosteneva che le memorie antiche una volta costituite, fissate, permanevano inalterate. Quando queste memorie erano riattivate, ricordate, sopraggiungeva una nuova iscrizione che si aggiungeva alla precedente; apposizione d'iscrizioni che determinava il consolidamento della memoria. Questa era la concezione vigente conosciuta come teoria della "consolidazione" della memoria.

Gli esperimenti realizzati in animali - non esiste nessuna ragione per pensare che i meccanismi di base che si studiano non funzionino nello stesso modo negli esseri umani - consistettero in quanto segue: li si condizionò, condizionamento classico, per produrre una reazione di paura. Si accoppiò uno stimolo incondizionato, uno shock elettrico, a cui l'animale reagisce in modo naturale con comportamenti di paura, con uno stimolo sonoro (lo stimolo condizionato) che è capace, a partire da questo condizionamento, di risvegliare la stessa reazione. Si tratta, perciò, della iscrizione di due ricordi, il ricordo dello shock e dello stimolo sonoro.

Nel caso vi fosse la tendenza a scartare i dati della psicologia sperimentale animale, a creare campi divergenti e a non cercare convergenze, attraverso l'argomento, più che valido, che il livello simbolico nell'uomo lo differenzia chiaramente dall'animale, dimenticando che il nostro psichismo nei livelli più primitivi - insistiamo sui livelli più basici e primitivi- si regge con leggi simili a quelle animali, o se vi fosse la necessità di

cercare appoggio in Freud, ricordiamo che questi reiteratamente mostrò l'importanza del condizionamento nella produzione di sintomi. Nel caso di Dora, in cui il fumo del sigaro del padre diventò segnale - stimolo condizionato - che determinò successivamente che reagisse a Freud - per il fatto di essere fumatore come il padre - con la stessa reazione affettiva che ebbe di fronte a suo padre, è uno dei molti esempi che si incontrano nell'opera freudiana. D'altra parte, se si legge il concetto di angoscia segnale in "Inibizione sintomo e angoscia" (in cui un elemento attuale di segnale - da qui il nome angoscia segnale - di anticipazione di una situazione catastrofica, che Freud chiama angoscia traumatica), si vedrà con chiarezza come ci siano buone equivalenze con i concetti di stimolo incondizionato e di stimolo condizionato.

O per chi segue Lacan, quando questi propone che per la relazione di contiguità temporale, di associazione tra elementi o significanti - ciò che chiama relazione metonimica -, l'inconscio fa sì che l'elemento che partecipò nel primo paio possa generare una reazione che in sé sarebbe incapace di produrre e generi un effetto associandosi con altri significanti, siamo nelle molteplici varianti del fenomeno del condizionamento.

Dopo questa digressione, torniamo agli esperimenti sulla memoria. Una volta stabilito il ricordo che il suono anticipa lo shock elettrico, si realizzarono vari esperimenti aggiuntivi, tra i quali bisogna distinguere uno: se nel momento in cui si presenta lo stimolo sonoro e si riattiva la memoria che produce la reazione di paura, si inietta nell'animale una sostanza nell'amigdala cerebrale - anisomicina, sostanza che inibisce la sintesi di proteine -, l'animale perde il condizionamento, cioè il carattere allarmante del suono che, a partire da questo momento, non provocherà più la reazione di paura. C'è una cancellazione della memoria.

Si potrebbe pensare che la sostanza semplicemente cancelli l'iscrizione della reazione di paura però la cosa interessante è che *la perdita della memoria del condizionamento si produce solo se la sostanza s'inietta nel periodo preciso di riattivazione della memoria - momento del ricordo - ma non se si fa fuori da questo momento*. E' fondamentale che la memoria debba essersi attivata affinché l'iniezione di anisomicina abbia effetto. Fuori dal momento della memoria attiva, del ricordare, non c'è effetto di distruzione della memoria.

Questo esperimento si trova all'interno di un'ampia gamma che ha condotto i neuroscienziati alla scoperta che nel momento in cui qualcosa è ricordato la memoria entra in uno stato, chiamato memoria in "stato labile", in cui si riorganizza. Se il momento del ricordo fosse una nuova iscrizione, un'aggiunta, l'unica cosa che l'anisomicina altererebbe, cancellerebbe, sarebbe questa nuova iscrizione, persistendo l'antica e per tanto la memoria, il ricordo, delle iscrizioni primitive. Concludendo - ci sono molti esperimenti che confermano questi risultati - nel momento del ricordare, in quel momento, all'entrare in uno stato labile, c'è una reinscrizione della memoria antica, una ristrutturazione. Ristrutturazione che implica la possibilità di aggiungere elementi che non esistevano nella situazione originale. "L'idea principale, in sintesi, è che lo stimolo contemporaneo attivi una rete mnestica che, a sua volta, organizza e fornisce significato alla attuale esperienza percettiva. Da questa nuova prospettiva c'è una chiara demarcazione tra recupero, come si pensava prima, e consolidamento. Ogni operazione di recupero farà scattare un processo di riconsolidamento che permette l'integrazione di nuova informazione sulla base del passato" (Sara, 2000).

Questa teoria della memoria, che si chiama “riconsolidamento”, stabilisce che le memorie antiche vanno soggette a un processo di reinscrizione fisica nel momento in cui sono ricordate. Ciò concorda con il concetto freudiano di retroazione o “apres coup”: l’esperienza attuale ristrutturata l’anteriore e gli dà un significato che prima non aveva; non è una semplice aggiunta. Per tanto, *il ricordare nel quadro di una nuova esperienza, con elementi che cambiano il senso e il vissuto della iscrizione primitiva dà luogo a un suo cambiamento.*

Un’ultima questione interessante prima di lasciare queste ricerche in neuroscienza: il fenomeno del riconsolidamento e della labilità della memoria nel momento del ricordo si verifica non solo per le associazioni paurose - il che apre una prospettiva per il lavoro con il disturbo post traumatico - ma anche per le condotte appetitive (Sara, 2000), con le sue implicazioni per il trattamento delle dipendenze.

Vediamo ora le conseguenze che queste conoscenze sulla memoria in stato labile e di riconsolidamento possano avere nel nostro campo, per quello che ci può interessare, per gli interventi psicologici di ristrutturazione delle credenze e delle iscrizioni pre-simboliche solidamente radicate nello psichismo.

Intanto la necessità, al fine di modificare le credenze matrici passionali e le configurazioni relazionali disfunzionali, di rivivere le esperienze concrete, una ad una, non la loro sintesi concettuale, non le descrizioni di tratti caratteriali, ma l’intrattenersi nel ripercorrere le esperienze, le situazioni che furono strutturanti, tanto con le persone importanti del passato come le attuali, incluso il terapeuta. Tuttavia non basta il rivivere in sé, o il ricordare con intensità; ciò produrrebbe solo riconsolidamento. La catarsi non cura, lo sappiamo fin dai tempi di Freud. C’è di più: nel disturbo post traumatico da stress il fattore curativo non deriva dal ricordare, dall’emergere dei “flashback”, ma dal fatto che in quel momento si produca un cambiamento, qualcosa che si aggiunga al ricordare, che lo riscriva, che inserendosi nel momento di stato labile lo riconfiguri dando luogo a un altro vissuto, a un altro significato.

A questo punto è pertinente introdurre un altro concetto, quello di “memoria affettivamente dipendente” che si riferisce al fatto che si ricorda ciò che corrisponde a uno stato emotivo simile a quello del soggetto nel momento del ricordo. In uno stato di allegria si associa con le esperienze allegre e in uno stato di tristezza si ricordano le esperienze corrispondenti a questo stato. L’associazione non è per la tematica ma per il fatto che lo stato affettivo - tristezza, allegria, paura ecc. - va convocando tutto ciò che condivide questa tonalità affettiva. Da ciò discende che nello stato depressivo la ricostruzione della vita sia fatta in modo tendenzioso, selezionando vissuti negativi. Il ricordo e l’associazione attraverso lo stato affettivo, la memoria affettivamente dipendente, sono stati trascurati in psicoanalisi e in psicologia cognitiva perché si è privilegiata l’associazione attraverso il significato o attraverso il significante.

Siccome si potrebbe obiettare che in realtà sono le idee depressive in sé, la loro qualità tematica, quelle che organizzano il ricordo, rileviamo che gli antidepressivi gettano una luce diversa sulla questione. Lo psicofarmaco non può agire sulla significazione e, tuttavia, cambia ciò che viene evocato nella memoria e le idee che si formano nel presente. Lo psicofarmaco agisce sulla biologia dei processi affettivi modificandoli e, solo allora, compare una certa tematica.

L'accoppiamento di esperienze

Unendo i concetti di “memoria labile” e di “memoria affettivamente dipendente”, si deducono alcune conseguenze per la psicoterapia, per esempio il trattamento delle dipendenze. Quando il terapeuta mostra a un paziente tossicodipendente le motivazioni della dipendenza o le sue conseguenze, quel momento terapeutico sta trascorrendo in uno stato affettivo che non è quello del momento di piacere legato all'assunzione. Le associazioni che saranno evocate dall'intervento terapeutico saranno, per il loro carattere persecutorio (mettono in questione il paziente in un certo modo), quelle corrispondenti a stati di paura, di persecuzione, di colpa. Si produrrà cioè una dissociazione tra lo stato affettivo sperimentato in terapia e quello relativo al momento in cui il desiderio per la sostanza è attivo. Per evitare ciò è necessario ricreare nel trattamento il momento dell'attivazione del desiderio di consumare. Non servono le descrizioni in termini narrativi come “ero al bar e bevvi il primo bicchiere e dopo....”. Invece bisogna riuscire a ottenere che il paziente ricordi con l'intensità del vissuto, cercando recuperare, in modo quasi allucinatorio, il momento del desiderio e il piacere del bicchiere. Nel momento in cui questo succede, se sono valide le interpretazioni delle motivazioni e delle conseguenze, allora si accoppieranno e ristruttureranno la memoria e il desiderio di bere.

In accordo con quanto detto, si può anche proporre al paziente qualcosa che non gli risulterà facile: nel momento di prendersi un bicchiere dovrà ricordare quanto elaborato in seduta, l'ambiente fisico del consultorio, l'analista ecc., e non solo quanto detto. Si tratta di accoppiare due ordini di esperienza, quello dello scenario del bere e quello dello scenario della terapia e quanto vissuto con l'analista. Nei termini di Freud: il vissuto e il detto non sono la stessa cosa. Perciò, la tecnica dell'accoppiamento che proponiamo cerca di mettere in contatto due esperienze con le relative esperienze percettive, con i pensieri, con ciò che è stato detto, in sostanza con tutto ciò che è stato vissuto sui differenti livelli in cui questo vissuto rimane fissato.

Ora applichiamo questo principio dell'accoppiamento strutturale come modalità di intervento a un altro tipo di quadri, quelli del disturbo narcisistico da deficit di narcisizzazione, con bassa autostima. La rassicurazione non è sufficiente, e nemmeno che il paziente e il terapeuta ripercorran i meriti, i successi - l'appoggio narcisistico, emozionale -, o che si cerchi di dimostrare che l'inferiorità corrisponde a false credenze - la terapia cognitiva di Beck -, poiché queste rassicurazioni rimarranno nuovamente scisse, separate dalle esperienze inferiorizzanti, dolorose, traumatizzanti. È indispensabile la connessione col vissuto di queste esperienze d'inferiorità - o di timore -, che si trovano in uno stato di memoria labile nel momento in cui si ricordano nel trattamento, con altre esperienze del passato o con quelle mai vissute prima ma sperimentate per la prima volta nella relazione terapeutica. Per tanto, nuovo vissuto, nuova esperienza affettivo/cognitiva, sì, ma unita all'esperienza passata, con il suo ricordo, in modo che il vecchio disfunzionale si riconsolidi, si fissi in un altro modo. Il passato e la nuova esperienza devono unirsi nella memoria affinché ci sia un nuovo consolidamento del ricordo passato. Dopo sarà necessario che la nuova esperienza si consolidi attraverso la sua ripetizione.

Quanto detto ci porta alla necessità di oltrepassare un certo stereotipo dell'interazione paziente terapeuta che è stato descritto nel senso che il paziente associa e l'analista interpreta. Invece, quali sono gli interventi necessari? Come dicevamo il rivivere esperienze concrete, al cui scopo gli strumenti tecnici possono essere i più svariati e lasciati alla creatività di terapeuta e paziente: per esempio portare foto dell'infanzia,

delle riunioni familiari, video, lettere ecc., solo per citarne alcuni, perché ciò crea una particolare connessione emozionale col ricordo. Il paziente può raccontare senza rivivere: racconta a un altro, e la preoccupazione che l'altro capisca può impedirgli di collocarsi nel vissuto di ciò che sta raccontando. Dobbiamo recuperare un aspetto della cura catartica ma aggiungendole una dimensione che non aveva e che la fece fallire: si richiede che si promuovano condotte nella relazione con gli altri che, mentre avvengono, si accompagnino al ricordo del passato.

Si tratta di recuperare il ricordo con vivida intensità - momento in cui si troverà in stato labile - affinché si trovi inserito in una nuova struttura del significato vissuto per il fatto di accompagnarsi con altri ricordi del passato di segno differente o con esperienze del presente - all'interno o fuori della terapia - che lo ristrutturino.

Questo è ciò che abbiamo fatto con un uomo di circa quaranta anni, che in seguito a un'infanzia e un'adolescenza molto umili aveva raggiunto una posizione economica importante, con molti affari in diversi paesi d'Europa. Da bambino aveva subito l'umiliazione di appartenere a una famiglia che occupava una posizione chiaramente inferiore nella piccola comunità in cui viveva. Al momento della terapia, e questa è una delle forme in cui si manifestava la sua patologia, quando si trovava con gente che considerava "importante", con clienti o fornitori che sentiva che avevano qualche potere, si sentiva invaso dall'angoscia, arrivava a tremare, gli riusciva difficile stabilire un negoziato. Allo stesso modo, quando di tanto in tanto tornava al suo paese, nonostante si percepisse come capace, trionfatore, d'intelligenza superiore ai compagni di scuola, di fronte a loro si sentiva impaurito, s'innervosiva riguardo alle sue maniere e ai suoi vestiti. Il sentimento d'inferiorità tornava a dominarlo, in modo automatico, nonostante tutto ciò che sapeva su se stesso. Quando venne a trovarmi si sentiva spaventato, come se si trovasse con qualcuno che rivestiva uno status enormemente superiore: nel darmi la mano conservava il modo delle persone che hanno sempre steso la mano affinché l'altro la stringa, segno tipico di chi non può stringere la mano dell'altro perché la prerogativa di farlo ce l'ha chi è superiore in status.

Il suo timore ebbe come cause predisponenti, oltre alla situazione sociale della sua infanzia e l'identificazione con genitori visti come inferiori rispetto al contesto, il timore di sua madre, una figura autoritaria e violenta. Il paziente presentava pertanto un disturbo in due sistemi motivazionali importanti: il sistema narcisistico e quello dell'autoconservazione. La sessualità non sembrava costituire un grosso problema per lui.

Che cosa vediamo in questa sommaria descrizione di alcuni dei suoi tratti, che cos'è maggiormente interessante in quest'uomo oltre alla problematica che tematizza la sua depressione e ansietà, oltre agli episodi che possiamo considerare strutturanti del suo quadro? L'esistenza di un doppio livello di convinzioni, entrambi coscienti. Da un lato sa quanto è capace e del potere economico che possiede. La ripetizione che fa dei suoi successi è qualcosa che riempie la sua intervista iniziale e le sessioni successive. Tuttavia, insieme alla sua convinzione cosciente riguardo alla sua capacità di realizzazione, della sua intelligenza, dell'aver raggiunto un livello culturale e socioeconomico superiore alla gente del suo paese, ha al tempo stesso una insicurezza cosciente: quando si trova fra loro o con personaggi importanti, in quel momento, incomincia a dubitare delle proprie capacità. La consapevolezza delle sue capacità e del suo potere non elimina l'angoscia cosciente del non sapere se si comporta adeguatamente. E' dominato, in quelle circostanze, dall'anticipazione ansiosa del fallimento.

Pertanto, una scissione verticale nell'io, scissione descritta da Freud, con due ordini di credenze opposte, entrambe, a loro volta, appoggiate alla consapevolezza di condotte automatiche, a condotte che sono espressione della memoria procedurale, poiché il modo di rapportarsi del paziente è dovuto non solo a quello che pensa ma anche al suo modo di fare: è capace di agire efficacemente, di intavolare adeguatamente negoziati, di "imporsi" - parole sue - all'altro, e in altri momenti presentare inibizioni e tremori. Perciò, non è solamente un problema della coscienza, di due rappresentazioni nella coscienza, della memoria esplicita, ma anche di memorie procedurali che portano a certi tipi di vincolo attuati quando può, da un lato, imponendosi all'altro e, in un momenti determinati, collocandosi e agendo come inferiore rispetto a questo altro.

Come cambiare queste iscrizioni? Freud (1919), in "Nuove vie della terapia psicoanalitica", propose che il paziente facesse qualcosa nella realtà. Ma questo non è sufficiente. La nuova iscrizione del sentimento di potenza ed efficacia nella realtà può rimanere scisso dalle esperienze precedenti in cui il soggetto sentì il contrario. Che si ricordi o si metta realmente in atto una nuova condotta, il fattore terapeutico è l'accoppiamento delle iscrizioni vecchie con quelle nuove. Né il ricordo né l'azione di per sé possono produrre la modificazione profonda a cui aspiriamo in terapia. La scissione tra la nuova memoria e l'antica può persistere.

Nel caso del paziente che stiamo considerando ciò che risultò terapeutico fu che, nei momenti in cui sperimentava paura di fronte a certi personaggi, accoppiasse non la parola del terapeuta né quello che si diceva circa i suoi successi ma la memoria di scene concrete della sua vita in cui si manifestavano la sua forza e la sua capacità di affrontare gli altri da una diversa prospettiva. Ciò che risultò ristrutturante non fu il fatto che provasse ad agire in maniera assertiva - modificazione della condotta che, d'altra parte, egli era capace di fare in molte occasioni - ma che unisse alla esperienza fobica il ricordo vissuto di un'altra esperienza di segno contrario.

La psicoterapia e la memoria

Ciò che abbiamo detto indica che uno dei principali temi, in questo momento, è lo studio della memoria, dei suoi sottotipi, della sua complessità. *La psicoterapia è un lavoro sulla memoria* - cerca di modificare le iscrizioni, tracce mnestiche - e sull'accoppiamento con esperienze, nel presente, che la riconsolidino in modo differente. Qui non c'è nessuna scoperta sull'importanza della memoria, essendo sufficiente come esempio la lettera n°52 a Fliess (Freud, 1896) tuttavia si tratta di incorporare gli studi attuali sulla memoria e derivarne le enormi implicazioni che hanno per una riconsiderazione della psicoterapia.

In realtà è attraverso una concettualizzazione più dettagliata della struttura dello psichismo, dei diversi tipi di memoria, della relazione tra pensiero affettività e azione, che si rende possibile pensare forme di intervento che abbiano una certa coerenza con il modello della mente e di come si generi la psicopatologia. E' un progresso avere un modello che permetta, in seguito, di cercare la tecnica che sia coerente con il medesimo e non una tecnica frammentata, che auspichi o il rivivere l'esperienza o ricordare o porre in parole qualcosa, come formula universale. Non è questione di mettere in parole il vissuto, è questione di vivere in un altro modo, parole incluse, una certa esperienza, dove la parola forma parte dell'esperienza ma non è la totalità dell'esperienza, perché ci sono livelli di memoria procedurale che sono altrettanto importanti della parola.

Il trattamento in fasi

Andiamo al caso di una donna molto ottimista, con sentimenti di grandiosità, che si sente capace di tutto. S'imbarca in progetti che, per il fatto di non considerare le difficoltà, finiscono per fallire miseramente, senza che se ne possano analizzare le conclusioni. La difesa di fronte ai fallimenti e all'abbassamento dell'autostima non è la proiezione aggressiva ma la ricaduta in nuovi progetti grandiosi. Il suo narcisismo non è di tipo distruttivo (Rosenfeld, 1964) ma libidico: inonda e travolge gli esseri amati con regali e attenzioni. E' protettiva verso la famiglia, spinta tanto da sensi di colpa - non tollera che gli amati soffrano - quanto dalla sua necessità narcisistica di sentirsi "leader" - parole sue - che si prende cura di tutti.

Il transfert è di tipo speculare, nel senso classico di Kohut: dispiegamento di un sé grandioso al fine di avere la mia ammirazione. Simpatica, amorevole e paralizzante del lavoro terapeutico grazie a un esibizionismo monocorde. Il trattamento si svolse in due fasi rigorosamente delimitate. Al principio qualunque incursione nell'area dei timori autoconservativi, sui rischi che correva, era rapidamente rifiutata. Rappresentarsi in pericolo attentava al suo narcisismo. Le sue angosce autoconservative erano sistematicamente disattese, come si rilevava dal fatto che aveva avuto importanti episodi cardiovascolari che aveva nascosto a sé stessa e agli altri. Ciò mostra che quando un sistema motivazionale è attivo può disattivare gli altri, in questo caso il sistema motivazionale narcisistico disattivava quello dell'autoconservazione. Perciò fu necessario affrontare il disturbo narcisistico prima di passare ad altre problematiche. Se gli si parlava della sua grandiosità rideva, rispondendo "dunque?", poiché anche la sua grandiosità era stata narcisizzata come tratto caratteriologico, vissuta come prova che era diversa e superiore agli altri.

In questa paziente l'intenso piacere narcisistico che implicava la sua sintomatologia costituiva una resistenza al cambiamento. Succedeva qualcosa di simile alla resistenza rappresentata dal piacere sessuale che ci siamo abituati qualificare (con giudizio di valore) come "perverso". L'interpretazione, il mostrare il carattere difensivo, i pregiudizi per se e per gli altri che provocavano le sue condotte, non era di per sé sufficiente. Se il paziente non consegue un piacere narcisistico alternativo che compensi quello che abbandona, non lo abbandonerà. Solo quando, nel caso di cui ci stiamo occupando, il cambiamento prese un valore narcisistico - appoggiando nell'amore di transfert il fare qualcosa per ottenere l'amore di qualcuno a cui si tiene, il terapeuta - appena questo avvenne poté imbarcarsi nell'elaborazione.

Ciò permise di risalire alla sua infanzia, a esperienze dolorose provocate dalla preferenza di sua madre per un fratello - "il brillante della famiglia" - e, specialmente, a quando emerse la credenza che poteva essere amata solo quando faceva entusiasmare l'altro con i suoi progetti, con le sue condotte maniacali. Era una drogata del piacere di vedere brillare gli occhi degli altri di fronte al racconto di ciò che avrebbe realizzato. Ricerca di quell'esperienza di soddisfazione, di ricreazione della stessa, che determinava la sua continua ripetizione.

Le interpretazioni sistematiche dei desideri e delle angosce che sottendevano la sua grandiosità ebbero l'effetto di mettere in discussione le condotte che in precedenza narcisizzava, ora che erano guardate dalla prospettiva dell'analista. Per conservare il proprio sentimento di valore doveva abbandonare le sue precedenti forme di gratificazione narcisistica. Vero paradosso del lavoro con queste personalità: cambiano

condotte narcisistiche con altre che rinarcisizzano adottando nuovi valori che vanno incorporando nel trattamento -non negare, riconoscere tratti patologici, cambiare, ecc.

Progresso parziale, senza dubbio, ma che ancora non implicava una vera elaborazione dei tratti precedenti giacché si manteneva la dipendenza dall'analista e da un super io che aveva conosciuto una conversione religiosa: erano cambiati soltanto i valori che determinano la sua approvazione ma non la sottomissione. Tuttavia sarebbe stato sbagliato segnalare queste cose prematuramente. Quando poté sentire che io apprezzavo il cambiamento che aveva realizzato ma che la stimavo indipendentemente dal fatto che adottasse i miei criteri di "sano" e "malato", che la sua vita non doveva essere organizzata per suscitare la mia ammirazione o quella degli altri - come aveva fatto con sua madre -, allora poté iniziare a domandarsi che cosa desiderava ed era buono per lei.

Si aprì una nuova fase nel trattamento in cui le angosce di autoconservazione poterono essere riconosciute e tenute presenti. Avere paura non fu più un difetto ma diventò un indicatore del fatto che esistevano dei pericoli reali rispetto ai quali doveva prendere precauzioni. Il crescente sentimento di realtà fece sì che i progetti grandiosi fossero rimpiazzati, gradualmente, da mete raggiungibili. La sua sessualità smise di essere una prova in più che doveva dare agli altri della sua grandiosità - sfoggio dei suoi orgasmi e di quelli che provocava - per essere vissuta come una fonte di godimento senza tensione.

In questo caso il lavoro fu fondamentalmente interpretativo, mettere allo scoperto le motivazioni narcisistiche che spingevano alla grandiosità, le radici infantili delle stesse, le gratificazioni che otteneva nel presente, la necessità di mantenere una identità idealizzata. I suoi bisogni di attaccamento non erano al centro dei suoi problemi. Né l'autoconservazione, né la sessualità, né l'aggressività. La tecnica non consisté nel rispecchiamento né nella fusione con un'immagine parentale idealizzata per ricostruire il suo narcisismo. Naturalmente un certo grado di rispecchiamento era richiesto, ma solo il minimo necessario affinché tollerasse l'effetto denarcisizzante di certe interpretazioni. Non cercò mai di sentirsi importante fondendosi con me.

Narcisismo paranoide distruttivo: il "decentramento rispetto alla propria mente"

Vediamo la differenza di trattamento tra la paziente appena descritta e una persona che soffriva di narcisismo distruttivo, che aggrediva gli altri, che manifestava ostilità intensa nel rapporto con me, malumori, rimproveri. Trattamento caratterizzato dal sentimento che accettare il terapeuta equivaleva a sottomettersi e dalla necessità di essere chi umilia e non chi è umiliato - identificazione con l'aggressore, con genitori sadici, ostili. La sua condotta sadica soddisfaceva il sistema narcisistico e quello dell'autoconservazione: "Sono aggressivo, perciò potente e grandioso; sono aggressivo, pertanto potente e non corro pericoli".

Quale fu il modo di impostare il trattamento?

Da un lato, elaborazione dell'identificazione proiettiva difensiva (Kernberg, 1992; Sandler, 1989) in cui impiegai interventi del tipo: "Capisco come deve essersi sentito da piccolo: umiliato, dovendo sopportare tutto quello che sua madre arbitrariamente decideva. E' come se avesse detto: non mi troverò mai più in questa

situazione”. Inoltre gli mostravo la posizione in cui mi metteva: “Ora sono io quello umiliato, quello che deve sopportare tutto l’arbitrio, che lei non sente come arbitrio ma piuttosto come diritto di maltrattarmi per ciò che io e gli altri abbiamo fatto”.

Oltre a ciò, elaborazione della mancanza di empatia favorendo l’identificazione con l’oggetto che soffre: “Come le sembra che mi debba sentire io in questo momento con quello che mi dice” “Mi rendo conto che è così centrato nel suo dolore, nel suo sentimento di umiliazione, che non può avvertire come mi sento quando mi critica così duramente”.

Si può discutere questo tipo d’interventi per il fatto di essere colpevolizzanti. Senza dubbio lo erano, ma poter sentire la sofferenza dell’altro, prendere contatto con il fatto che l’altro è anche lui un soggetto, per questo paziente era un passaggio essenziale per la decostruzione del narcisismo paranoide distruttivo, e ciò poteva accadere solo nel rapporto con me poiché se lo avessi segnalato nel rapporto con gli altri avrebbe squalificato i miei interventi argomentando che stavo dalla loro parte.

Inoltre, enfasi sul codice paranoide dal quale si rappresentava l’altro, le sue presunte offese e maltrattamenti, sulla codifica che faceva della realtà, su come selezionava i dati che la confermavano e scartava quelli la falsificavano. Gli dissi esplicitamente che aveva sempre guardato alle intenzioni degli altri e che ciò gli aveva impedito di riflettere sulla propria mente, sul modo in cui costruiva i suoi pensieri. Gli dissi che potersi porre come osservatore dei suoi pensieri, chiedersi quali fossero le necessità emotive che lo conducevano alle convinzioni che aveva, il non rimanere intrappolato in queste convinzioni come se fossero verità assolute, sarebbe stato un progresso decisivo, per nulla facile da raggiungere. Ossia, appello al narcisismo per promuovere il cambiamento. Gli dissi anche che lo avevo sempre sentito molto diverso dai suoi genitori ma che aveva con loro un tratto comune: il non riconoscere che la realtà può essere vista in molti modi, che così come i suoi genitori non riuscivano a capire che le loro convinzioni non fossero quelle vere, lui, per quanto arrivasse a convinzioni diverse, aveva lo stesso grado di “fanatismo” che criticava tanto.

Lo sviluppo della capacità di riflettere sulla propria mente - come questa costruisce significati - diventò l’asse del trattamento, specialmente su come il trincerarsi nei pensieri che la sua mente generava gli permetteva di raggiungere un sentimento di sicurezza, valore, e che non sarebbe stato schiacciato dal pensiero degli altri. Pertanto, non semplice esposizione al paziente di una teoria della mente, sulle molteplici narrative che si possono costruire sulla base dei dati di realtà, non semplice appello a un’epistemologia del pensiero che doveva condividere con me, ma lavoro sulle ragioni emotive per le quali doveva rinchiudersi nelle sue convinzioni. Lo sviluppo del “*discernimento riguardo alla propria mente*” richiede la diminuzione delle angosce che fanno sì che si equiparino i propri pensieri alla realtà, senza fessure tra le due.

Il decentramento rispetto alla propria mente è una condizione che trascende l’auto osservazione. Una persona può auto osservarsi, dire che sente una certa emozione, che ha una certa fantasia, però l’essenziale è che giunga a cogliere le ragioni per le quali la sua mente costruisce certi significati e non altri. Fenomeno paradossale, mai del tutto raggiungibile, poiché osservando la propria mente mentre produce pensieri e sentimenti lo si fa da certe prospettive, le quali a loro volta possono essere esaminate, in un movimento che, senza pretendere di andare indietro all’infinito, costituisce la migliore possibilità per l’essere umano di non rimanere ipnotizzato dai propri pensieri.

Gli effetti degli interventi destinati al decentramento rispetto alla sua mente permisero di moderare considerevolmente i suoi tratti più marcatamente patologici, senza che scomparissero del tutto poiché si produceva una riattivazione in certi momenti di stress, per quanto il ritorno a uno stato meno rivendicativo non tardava a prodursi giacché aveva interiorizzato qualcosa di essenziale: una concezione della sua mente come generatrice di pensieri provocati da necessità emotive. Arrivò a poter dire:” Prima credevo che quello che pensavo fosse una fotografia di tutto, delle cose così come sono”. A ciò risposi che anche la fotografia coglie la realtà nell’ambito dei limiti che il suo materiale le impone, dei colori che è capace di individuare. Egli poté capire perfettamente la metafora.

Quando la mente coinvolge il corpo e questi reagisce con iperattivazione neurovegetativa che, a sua volta, segna la mente. Il concetto di pulsione

Esistono pazienti che reagiscono con scariche neurovegetative, con ipertensione, con crisi di tachicardia, con diarree ecc. Cioè con un corpo che si disregola. Questa è la caratteristica distintiva non del tipo di conflitto in sé poiché un’altra persona potrebbe avere conflitti simili, perfino deficit maggiori nella sua capacità di simbolizzarli e, tuttavia, un corpo nel quale l’angoscia non scatena quelle manifestazioni somatiche. Per molto tempo si è pensato che le disregolazioni corporee dipendessero esclusivamente dalla qualità delle fantasie che occasionavano l’ansietà, che la causalità era unidirezionale, dalla mente al corpo. Le ricerche neuroscientifiche attuali dimostrano che il processo è a doppia via. Damasio, criticando il mentalismo vigente, ha sviluppato il concetto di “marcatore somatico”: ciò che conferisce valore a un’esperienza non è solo la valutazione cognitiva ma un certo stato somatico che si dà attraverso l’attivazione di complessi circuiti sottocorticali neuro ormonali che “marcano” un pensiero con una specifica carica affettiva e gli conferiscono rilievo (Damasio, 1996).

Ciò che fu un’intuizione di Freud, la differenza tra idea e affetto, e conferendo quest’ultimo carica all’idea, trova una conferma precisa nella neuroscienza moderna. Di più, che qualcosa che non è dell’ordine dell’ideativo, della significazione, sia capace di marcarla, ha ricevuto conferma empirica in una serie di esperimenti la cui importanza non si può trascurare. Per esempio: 36 soggetti sani, a cui furono mostrate 11 diapositive con scene emotivamente cariche, furono divisi in tre gruppi e a ognuno di questi fu somministrata, un’ora prima di visualizzare le scene, una delle tre sostanze seguenti: 1) yohimibina, che attiva il sistema adrenergico 2) metoprololo, che blocca il sistema adrenergico 3) un placebo (O’Carroll, 1999).

I soggetti a cui fu somministrata la yohimibina ricordarono più dettagli e diapositive delle scene emotivamente cariche mentre quelli cui fu somministrato un beta bloccante ricordarono meno. **Perciò lo stato biologico neurovegetativo esistente nel momento di vivere una certa situazione è ciò che gli conferisce valore, lo marca, e non soltanto il significato che può avere per il soggetto all’interno del suo sistema di significazione.**

Ciò implica che se una persona possiede un alto grado di attivazione neurovegetativa - sia per ragioni costituzionali, sia perché è stato iperattivato da esperienze infantili, o per situazioni attuali - ciò che fantastichi inconsciamente, o pensi a livello cosciente, o che provenga come stimolo esterno, troverà un sistema affettivo preparato a contrassegnarlo in un modo particolare.

Qui il concetto di pulsione come articolazione tra qualcosa di ordine biologico e una rappresentazione trova una nuova forma di manifestazione. La pulsione non ha motivo di rimanere confinata alla sessualità o all'aggressività - e ancor meno a categorie generiche come pulsione di vita e pulsione di morte - le quali incontrando il loro oggetto contingente rimangono ad esso fissate. Queste sono semplificazioni, varianti di ciò che costituisce una struttura più ampia: il concetto di pulsione si riferisce alla articolazione tra distinti e molteplici sistemi biologici che, in quanto forze motivanti, incontrano rappresentazioni che marcano e cui rimangono fissati. Articolazione con un movimento a doppia via: quando si attiva il lato biologico, sono convocate rappresentazioni specifiche, e quando qualcosa dell'intorno o il processo psichico attiva certe rappresentazioni, il sistema biologico passa allo stato di attivazione.

Il sistema neurovegetativo costituisce una fonte di attivazione regolatrice che contrassegna continuamente l'ordine rappresentativo, e nel processo a doppia via che abbiamo menzionato, una volta che ha avuto luogo l'articolazione con certe rappresentazioni, queste attiveranno il primo.

Ciò che stanno dimostrando le ricerche in neuroscienze è che ci sono sistemi multipli biologicamente preparati che agiscono come vettori di forza per trovare nell'ordine rappresentativo quelle rappresentazioni con cui formare articolazioni specifiche.

Ciò implica un progresso sostanziale nella nostra conoscenza e approfondimento del concetto di pulsione e ciò che la neuroscienza sta apportando alla psicoanalisi. Per questo quando si svalutano le acquisizioni della neuroscienza come se fossero aliene alla psicoanalisi, crediamo che ciò succeda perché non si è dato al concetto di pulsione l'ampiezza che possiede, restringendolo a poche delle sue possibili varianti.

La psicoanalisi non deve ripetere l'errore della psicologia cognitiva - conseguentemente a come si pensa, così si sente-, non può adattarsi a essere una psicologia cognitiva dell'inconscio, ma deve elaborare chiaramente ciò che fu formulato chiaramente a partire da Freud: l'idea e l'affetto sono due entità distinte, articolate, che vicendevolmente si danno vita. Che l'ordine della significazione abbia un ruolo essenziale non toglie dalla scena le regolazioni, le restrizioni, l'avvio in certe direzioni, che gli stati emotivi neurovegetativo/ormonali imprimono al sistema di attribuzione di significato. Il disturbo da stress premenstruale, sindrome conosciuta non solo attraverso la psicologia popolare, ma chiaramente fissata attraverso prove empiriche che hanno determinato la sua inclusione nella psichiatria come categoria specifica, lo mostra: c'è cambiamento dello stato d'animo, talvolta sistematicamente nel periodo immediatamente antecedente a quello del mestruo, di disforia, d'ideazione pessimistica, compreso idee suicidarie, iperemozionalità e pianto. Ciò non accade per una presunta fantasia di perdita che è stata molte volte invocata ma perché qualcosa che ha luogo a livello biologico condiziona l'ideazione, giacché migliora notevolmente con un'adeguata terapia (Cohen, 2000; Steiner & Parlstein, 2000).

Pertanto in quei pazienti nei quali l'iperattivazione neurovegetativa è il tratto distintivo non è sufficiente diminuire l'angoscia con l'analisi della tematica del conflitto, con l'aumento della capacità di simbolizzare e fornendo all'angoscia rappresentazione ideativa. Sono interventi indispensabili e molto efficaci, senza dubbio, come dimostra

l'esperienza dei positivi cambiamenti corporei che sopraggiungono nel corso della psicoterapia. Ma, insieme a questo lavoro psicoterapeutico classico, è *necessaria una azione diretta al corpo che diminuisca l'attivazione neurovegetativa, la quale può essere ottenuta con farmaci ma anche attraverso la mente.*

La questione è come si mette in atto ciò nella psicoterapia. Naturalmente c'è un aspetto che fa parte del quadro stesso della psicoterapia e dell'atteggiamento del terapeuta, della calma nel dialogo che sia capace di creare, di avvolgere il paziente in un interscambio sereno, anche di fronte a circostanze drammatiche. Ciò lo diamo per scontato, per quanto la personalità del terapeuta in non poche occasioni - ansietà e iperattivazione - rinforzi l'iperattivazione neurovegetativa del paziente. In realtà, in questo tipo di pazienti, ricerchiamo una modalità di intervento ulteriore, più specifico, che consiste nel prendere l'attivazione neurovegetativa come fuoco esplicito nel trattamento. Perciò potremmo descrivere due tempi:

1) Connessione del paziente con il suo corpo: riconoscimento dello stato di tensione corporea, di agitazione, del modo tumultuoso, accelerato di parlare e di rispondere nel dialogo con l'altro, della respirazione rotta, agitata, dell'arrossamento del viso o pallore, della sudorazione ecc. Ossia, rottura della dissociazione tra la rappresentazione dei contenuti mentali e la rappresentazione del corpo. E' degno di nota che così come il corpo erotico o il corpo del narcisismo - soddisfazione/insoddisfazione rispetto all'immagine corporea - forma abitualmente parte dell'analisi, il corpo neurovegetativo, se non presenta chiari sintomi psicosomatici - digestivi, cardiaci, dermatologici, immunologici, ecc. - non forma punto di riferimento né per l'analista né per il paziente. Ci troviamo in ciò che è stato chiamato "negazione dello stress" (Breznitz, 1985).

L'enfasi che in psicoanalisi acquisì la scoperta della fantasia fa correre il rischio che il trattamento si svolga su un livello puramente ideativo senza tenere conto che così come esiste una caratterologia dei meccanismi mentali - difese ossessive, isteriche, maniacali, proiettive ecc. - che sono stabili, alla stessa maniera il sistema neurovegetativo acquisisce caratteristiche stabili nel suo grado di attivazione e, sebbene fluttui concordemente ai contenuti mentali, in ogni persona queste fluttuazioni avvengono in una banda caratteristica.

Il "raffreddamento emotivo": una volta che il paziente ha affrontato la dissociazione rappresentativa mente/corpo, in cui le tensioni vengono riconosciute, è possibile esercitare un'azione sul corpo neurovegetativo a partire dalla mente, azione che va oltre al ripensare ai temi che riguardano le diverse angosce. La fase del "raffreddamento emozionale" può essere raggiunta in diversi modi: Dalle tecniche classiche della respirazione profonda o del rilassamento muscolare fino a quelle in cui al paziente viene chiesto di creare, nel momento in cui avverte l'ipereccitazione, un certo stato mentale difficile da descrivere con le parole perché è, precisamente, uno stato interiore di rilassamento. Le tecniche di Biofeedback hanno dimostrato empiricamente, con dati misurabili, che è possibile creare stati mentali capaci di controllare diverse funzioni corporee. In psicoterapia lo possiamo fare senza bisogno di usare gli apparati utilizzati in quella tecnica.

Questo raffreddamento emozionale non è rimozione - si sa cos'è che provoca angoscia-, non è negazione - si dà importanza a quello che succede -, non è formazione reattiva - ciò che è spiacevole non viene trasformato nel contrario -, ma regolazione

dell'intensità neurovegetativa. E' un livello che in psicoanalisi è stato trascurato e non c'è dubbio che se si mantiene la tendenza a definire la terapia analitica attraverso quello che fa ogni scuola - "la psicoanalisi è ciò che sono abituato a fare" - , trasformando ciò che non si fa in "non psicoanalisi", allora si finirà o per trascurare l'importanza di intervenire sul corpo a partire dalla mente, o per ricadere nella concezione secondo cui le disregolazioni corporee dipendono dal fallimento della simbolizzazione, dal pensiero operatorio, dall'alessitimia, mettendo da parte l'enorme esperienza clinica che dimostra che la gente che è piena di conflitti non riconosciuti, che non possiede praticamente nessuna conoscenza delle proprie emozioni e di quelle altrui, che ha un livello molto basso di simbolizzazione, può tuttavia godere di ottima salute, non ammalarsi e non avere disturbi psicosomatici. Al contrario, altri soggetti, capaci di riconoscere e parlare dei propri e altrui sentimenti, che simbolizzano nei sogni, che riconoscono i conflitti e ciò che li affligge, patiscono continue sofferenze nel corpo. Non finisce mai di stupire come si possa continuare a seguire concezioni che sono in aperta contraddizione con l'esperienza clinica senza che ci siano dati rigorosi che le giustifichino ma solo casi individuali in cui si mostra la presenza simultanea di deficit di simbolizzazione e psicosomatica, dimenticando che la copresenza in casi singoli non significa correlazione causale.

La concezione per la quale ciò che non è simbolizzato appare come malattia psicosomatica corrisponde a un modello di pensiero in cui ciò che manca in un posto ricomparirebbe come malattia in un altro. E' il primo modello freudiano di formazione del sintomo, non quello che incontriamo nei suoi sviluppi più recenti: ciò che è sottratto alla coscienza, ciò che in essa non appare, è la causa della patologia. E' il paradigma lacaniano in cui ciò che manca nel simbolico riappare nel reale (l'assenza del nome del padre provoca la sua ricomparsa nel reale come delirio o allucinazione).

Questo errore epistemologico deriva da ciò che Chomsky (1984) criticò, al livello generale, come principio di omogeneità. In ciò che stiamo considerando, invece di considerare che due sistemi articolati obbediscono alle loro proprie leggi, si omogeneizzano: ciò che manca in uno, riappare nell'altro. Basta l'assenza a un livello - certe rappresentazioni - perché si alteri il corpo. Invece, il corpo ha le sue regolazioni, le sue leggi di organizzazione biologica, e gli effetti del mentale avvengono perché quello che succede in quel livello si ripercuote, attiva, scatena, processi che seguono le regolazioni dell'altro. **Se c'è conflitto intenso, per quanto simbolizzato, e se il corpo ha vulnerabilità nel sistema immunitario, nel neuro ormonale, nel vascolare, etc., allora indipendentemente dal grado di simbolizzazione, ci saranno disturbi.** Non è ciò che manca nella mente che provoca la disregolazione nel corpo ma ciò che sta nella mente - ansia per esempio - produce effetti in un corpo predisposto.

Ciò ci riconduce al riconoscimento di una doppia componente degli stati emotivi: quello cognitivo ma anche quello della regolazione corporea neurovegetativa. Si disprezza l'intervento sul corpo come se l'azione su di esso si dovesse limitare ai procedimenti biologici e come se non formasse parte della psicoterapia, trascurando che essa non è sinonimo di analisi tematica dei conflitti ma comprende qualsiasi forma di intervento psicologico. In questo caso, attraverso la creazione da parte del paziente di uno stato mentale che diminuisca la sovra stimolazione neurovegetativa, sia che provenga, come abbiamo già detto, dalla stimolazione patologica a cui era stato sottoposto nell'infanzia, sia che provenga da esperienze traumatiche ulteriori che abbia vissuto. Perciò doppio livello d'intervento in questi pazienti: da un lato sui conflitti e

sulle diverse cause che producono angoscia; dall'altro, sulla reazione corporea all'angoscia.

Ciò che abbiamo appena finito di discutere indica alcune limitazioni della parola come strumento di intervento terapeutico unico e universale, nonostante il suo enorme potere sia nell'organizzazione dello psichismo sia nella sue ristrutturazioni. La psicoanalisi è una questione di parola e di linguaggio, però non solo giacché l'inconscio possiede molte forme d'iscrizione e il corpo le sue. Perciò sono domande pertinenti: che ruolo gioca in ogni singolo caso la parola nella possibilità di ristrutturare lo psichismo, che ruolo ha il vissuto, che ruolo l'immagine quasi allucinatoria che il paziente può convocare, che ruolo il clima emotivo che l'analista con i suoi interventi e il vincolo che stabilisce è capace di svolgere?

Articolazione degli interventi: la lamentela e il malumore come tratto del carattere

Condizione che era un tratto caratteriologico di un paziente di fronte a qualunque aspetto spiacevole della realtà era che lo affrontava attraverso proteste del tipo: "Com'è possibile!", "Non lo reggo più!" "Sono stufo!" ecc. Proteste che rimanevano così, solo proteste, sperando che la sola enunciazione producesse la scomparsa di ciò che era spiacevole, conferendo così alla lamentela un carattere magico onnipotente. Naturalmente l'insoddisfazione rispetto alla realtà non era sufficiente a generare questo tipo di atteggiamento. Era necessario, come vedemmo nel trattamento:

a) Una concezione paranoide e un rapporto persecutorio con l'esterno, una posizione generale in cui il paziente attribuiva a sé l'identità di vittima e al mondo esterno - persona o mondo inanimato - quella di persecutore. Posizione di fondo che soggiaceva e precedeva qualunque giudizio riguardo a situazioni particolari, alle vicissitudini che il vivere gli apparecchiava.

b) Una disposizione regressiva al modo del bambino che quando qualcosa gli dà fastidio esige che qualcuno accorra per risolvere il suo malessere. Riguardo a ciò, un tipo di pensiero magico onnipotente sotto forma di credenze matrici passionali del tipo "Se qualcosa non mi piace e protesto... le cose devono cambiare".

c) Inoltre aveva acquisito, come modo di contrastare il suo sentimento d'impotenza, il mantenere uno stato di malumore che non era la semplice risposta a diverse frustrazioni ma a un modo attivo di sentire che se non si poteva fare qualcosa nella realtà, perlomeno si poteva mantenere il rifiuto degli altri - "io sono arrabbiato, e della mia rabbia sono padrone, nessuno me lo può impedire" Malumore che si trasformava in rabbia contro sé stesso poiché il timore di affrontare i personaggi esterni facilitava l'attaccare sé stesso. Il suo superio riceveva appoggio nella sua severità dalla rabbia rivolta contro il sé attraverso le angosce persecutorie.

Il malumore come espressione di masochismo - modo di acquistare un sentimento illusorio di potere attraverso l'autoinfliggersi uno stato d'animo - fu argomento dell'analisi poiché non si rassegnava ad abbandonare questa forma di piacere sostitutivo. Stessa resistenza si incontrava a rinunciare all'autocritica che produceva un sentimento di potere: "sono arrabbiato con me stesso, e con la mia rabbia riuscirò a costringermi a fare ciò che desidero", il che rappresentava l'interiorizzazione del modo con cui i genitori

lo avevano cresciuto: si obbliga qualcuno a essere come si desidera attraverso la colpevolizzazione e la denigrazione.

Il paziente, progressivamente, passò da un'auto osservazione destinata alla critica a essere più attento ai suoi processi mentali, alle sequenze che gli facevano cambiare in pochi minuti tra stati mentali. Si produsse un cambiamento, non senza difficoltà, da un'osservazione superegoica a un'osservazione dell'io mossa dalla curiosità e dal desiderio di cambiare ciò che generava insoddisfazione. Ma questo non accadde in modo spontaneo semplicemente perché si alleggerì il suo super-io o perché poteva vedere le motivazioni sottostanti. Insieme a questi fattori fu di aiuto che gli prospettassi in modo diretto che ci sono due modi di auto osservarsi: una che al constatare qualcosa di insoddisfacente dà luogo a un attacco e un'altra che serve per domandarsi come possa essersi generato questo aspetto insoddisfacente e che cosa si possa fare concretamente per cambiare.

Detto ciò, quali furono alcuni degli interventi terapeutici tendenti a modificare la sua struttura caratterologica?

1) Un primo tempo in cui mi occupai del contenuto tematico della protesta, poiché ciò permise di stabilire con lui un legame empatico, accettando il fuoco che proponeva, giacché procedendo diversamente si sarebbe corso il rischio di rafforzare la sua credenza nell'esistenza di un esterno ostile, in questo caso io.

2) In seguito, riconoscimento delle varianti della protesta, cioè, revisione delle successive e interminabili proteste per individuare ciò che è stata chiamata la "forma del contenuto" - il tema comune alle varie proteste -, il che permise di collocarle all'interno di diversi sistemi motivazionali: attaccamento, con le sue angosce di essere abbandonato,; etero/autoconservazione, con i sentimenti di colpa e di persecuzione; narcisistico con svalorizzazione e, specialmente, vergogna; sensuale/sessuale, con le difficoltà per raggiungere il clima erotico e di innamoramento a cui aspirava e che era ostacolato dalla sua stessa rabbia e malumore. Tutto ciò all'interno delle grandi narrative che organizzavano la sua vita emotiva: desideri e rivalità con fratelli e genitori, trionfi/disfatte nei confronti di chi idealizzava e, secondariamente, invidiava per i successi che lui non riusciva ad avere.

3) Scoperta del carattere piacevole del sintomo: nonostante la convinzione del mio paziente che ciò che provocava la sua protesta fosse esclusivamente spiacevole, ricavava un profondo piacere narcisizzante nel trasformare l'esterno in qualcosa di cattivo e se stesso in buono e trattato in modo ingiusto, fornendo così un alibi alla sua aggressività. Questa era una delle ragioni per cui si aggrappava alle sue proteste nel corso del trattamento.

4) Scoperta del carattere difensivo: deviò all'esterno le insoddisfazioni relative al senso di sé, del sentimento di fallimento, di essere limitato nell'agire. Protesta tipica difensiva di alcune personalità fobiche con timore/vergogna nei confronti dell'azione per le quali protestare è più tranquillizzante che cercare di fare qualcosa nella realtà.

5) Esame delle fantasie soggiacenti ai timori/vergogna che ne limitavano l'azione nella realtà e lasciavano la protesta come premio di consolazione di fronte alla frustrazione che i propri limiti gli imponevano.

6) Scoperta del tipo di relazione che cercava di stabilire attraverso la protesta: promuovere l'alleanza con un amico, favorendo un attaccamento immaginario attraverso l'ispirare compassione in una figura che lo avrebbe protetto e con la quale avrebbe stabilito una alleanza paranoide contro i "cattivi". Inoltre, un modo per aggredire l'altro facendolo sentire colpevole della sua sofferenza. Per tanto, messa in atto nella relazione terapeutica ("enactment"), e con le figure esterne, di modalità di relazione che fanno della protesta lo strumento attraverso il quale stabilire un attaccamento, o esprimere aggressività attraverso la tortura dell'altro.

7) Lavoro sull'intrappolamento nel codice paranoide attraverso il quale i giudizi sulla realtà erano vissuti come sue descrizioni oggettive e non come percezioni soggettive a partire da necessità, desideri e angosce. Cioè ciò che abbiamo precedentemente definito "decentramento dalla propria mente".

Questi interventi, che abbiamo appena descritto, costituiscono il tempo dell'**insight emotivo** - con le resistenze che la sua elaborazione implicò - che tuttavia richiesero un cambiamento nell'azione, cioè, di saggi nella realtà che permisero l'iscrizione di una fiducia crescente nel sentimento di potenza per agire nella realtà, per riuscire ad ottenere ciò che era desiderato attraverso mezzi efficaci e non magico-onnipotenti. Sviluppo, insieme al cambiamento dell'immagine di sé e della realtà, di risorse egoiche effettive.

Naturalmente ciò che abbiamo detto non esaurisce le determinanti complesse della lamentela come tratto caratteriale e delle sue varianti, né il ruolo che svolge la sua trasformazione nella relazione terapeutica o il desiderio dell'analista nell'ambito di un transfert positivo, ma serve, almeno, come esempio di quale possa essere il progetto di interventi basati sulla comprensione del sintomo come esito dell'articolazione di componenti che devono essere smontate, una a una, per risolverlo. In questo caso, a differenza della paziente precedentemente presentata in cui la devitalizzazione era il carattere distintivo, lo strumento terapeutico fondamentale non fu l'uso della relazione ma l'elaborazione attraverso l'interpretazione, a diversi livelli di profondità, delle ragioni attuali che mantenevano la protesta, il malumore e l'autocritica come sintomi della sua patologia. Lavoro sui conflitti interni e sui deficit delle risorse egoiche.

Conclusioni in relazione ai casi clinici

Ciò che abbiamo detto fin qui, specialmente i casi clinici esposti, indicano la molteplicità dei livelli e delle forme d'intervento in terapia psicoanalitica: l'uso dell'interpretazione classica di angosce, desideri e difese (ampliamento della coscienza), il lavoro sull'inconscio rimosso, il lavoro sull'inconscio originario delle interazioni e delle identificazioni, l'iscrizione di nuove esperienze emotive nella relazione col terapeuta e nel mondo esterno (modificazione dell'inconscio, memoria procedurale) attraverso i vari metodi che abbiamo descritto (iscrizioni che modificano le precedenti e/o costituiscono ciò che non si era formato), fino agli interventi sul sistema neurovegetativo quando ciò costituisca una manovra di rilievo sulla disregolazione psichica. In sintesi, uso della parola, uso della relazione come fattore di cambiamento e uso degli esperimenti in azione, il tutto all'interno di un modello ampio che include sia i fenomeni del conflitto intrapsichico sia i derivati di deficit strutturali, tanto nel lavoro intrapsichico che in quello intersoggettivo.

Le azioni dell'analista. La confusione "oggetto teorico" /"oggetto reale"

Desideriamo adesso porre l'attenzione sulle seguenti questioni: a) ciò che dice il terapeuta; b) quello che fa; c) ciò che stimola il paziente a fare; d) ciò di cui lo psicoanalista parla con gli altri psicanalisti.

a) Ciò che dice, sia sotto forma d'interpretazioni, di segnalazioni o di confrontazioni permette al paziente di conoscere gradualmente, a diversi livelli di profondità, i suoi desideri, i suoi timori e le sue angosce sotto forma di fantasie, le credenze matrici passionali, i modi personali di difendersi dall'angoscia, i tipi di relazione che stabilisce con diversi personaggi in funzione di certe loro caratteristiche, ecc.

Ciò che dice il terapeuta può riferirsi a due ordini di elementi molto diversi, che non sempre sono stati distinti: da un lato può riferirsi a credenze, fantasie che il paziente ha su sé stesso e sugli altri, a ideali, a desideri. Dall'altro a modi di reagire, a strutture che articolano il cognitivo con l'affettività, l'azione e il corpo. Che di fronte a qualcosa si pianga intensamente, o che di fronte a qualcosa di angoscioso l'angoscia debordi fino ad arrivare alla crisi di panico o che di fronte a un desiderio si passi immediatamente all'azione, tutto ciò va oltre al contenuto tematico dell'ansietà. Per essere più chiari, che qualcuno per il fatto di essere triste sia travolto dal pianto o, al contrario, reagisca indurendosi, raffreddandosi emotivamente, non è a causa del contenuto tematico della fantasia o perché nel primo caso gli dia un significato più grave che nel secondo, ma per l'esistenza di una struttura che regola l'articolazione dello stato emotivo/corporeo del pianto. E' un errore pensare che una persona pianga solo a causa del significato inconscio che una situazione o l'altra possono avere, per la qualità della fantasia che determina come si veda la situazione. Di fronte a idee di malattia o morte, qualcuno può dare significati terribili, non negare, tuttavia non piangere e non inondarsi d'angoscia.

Ugualmente, credere che la regolazione emozionale, o la tendenza al cortocircuito desiderio/azione dipenda dalla gravità, maggiore o minore, della fantasia inconscia, trascura una delle importanti ragioni per cui Freud passò dalla descrizione dello psichismo dell'interpretazione dei sogni" a quella dell'"io e l'es". Nella prima descrizione, modellata sull'analisi tematica della narrativa dei sogni, c'erano il desiderio, la proibizione, la rimozione e il ritorno del rimosso sotto forma di sintomi. Nella seconda topica invece nasce il concetto di strutture con determinate funzioni, tra le altre il controllo motorio o i meccanismi di difesa o il controllo pulsionale. La questione non è quali siano le funzioni descritte da Freud, ma l'idea che certe attività, certi modi di funzionare della psiche non sono contenuti rappresentativi ma operazioni. L'errore del Lacanismo fu di leggere la seconda topica alla luce della prima, considerando l'io come una rappresentazione - la prima topica si centrava sulle rappresentazioni - espellendo così il concetto di Io in quanto categoria costruita per raggruppare certe funzioni regolatrici. Naturalmente con il termine "Io" non indichiamo un'entità ma un insieme di funzionamenti con un grado importante di organizzazione. Si potrà discutere su quali siano le operazioni da porre sotto questa denominazione, questa è una questione aperta, però l'importante è non equiparare l'organizzazione dello psichismo con il livello rappresentazionale. La struttura dello psichismo "manipola" le rappresentazioni, permette

la loro associazione in certo modo, però stabilisce anche il passaggio all'azione, il modo della scarica nel corpo, il controllo di detta scarica.

b) Ciò che il terapeuta fa nell'interazione col paziente, compreso ciò che fa implicitamente dicendo, interpretando (accusa, discolpa, narcisizza, ecc.), e ciò che trascende il contenuto semantico di ciò che dice: tono di voce, atteggiamento emotivo e, globalmente, il tipo di vincolo che crea. Ciò significa stato emozionale del terapeuta che attiva un certo stato emozionale del paziente che produce un "intonamento" (Stern, 1985) tra i due o che fa sì che il paziente si difenda, si disconnetta non a causa del contenuto tematico di cui parla col terapeuta ma perché non tollera la qualità emozionale che si dispiega - per esempio terapeuti che creano ansia eccessiva, allo stesso modo di genitori ansiosi da cui i figli rifuggono per difendersi dalla loro emotività distruttiva.

Ciò che fa il terapeuta, il modo in cui si deve dirigere il paziente dipende dalla capacità che quest'ultimo ha di metabolizzare, di mentalizzare i messaggi che il terapeuta gli trasmette a molteplici livelli. In riferimento a ciò dice Killingmo (1999): "E' risaputo che il materiale con cui si confronta l'analista può variare riguardo al grado di elaborazione mentale. Gli stati esperienziali sono - in gradi variabili - immagazzinati in stati corporei e iconici e non nella memoria episodica o semantica. Invece di essere espressi in concetti, linguaggio e simbolizzazioni dotate di significato emotivo, gli stati affettivi sono scaricati somaticamente, motoricamente o sono esternalizzati. Per esempio, un paziente può sperimentare qualità disforiche come stati affettivi isolati senza collegamento con immagini rappresentate o tracce mnestiche, e il suo linguaggio può prendere la forma di 'linguaggio pragmatico', cioè enunciati verbali destinati a infondere nel paziente stesso la sensazione che ci sia un senso. In tali fenomeni le rappresentazioni del sé non sono legate affettivamente all'espressione semantica e verbale ... ciò ha ovvie implicazioni cliniche. Per essere terapeuticamente produttivi gli interventi del terapeuta devono concordare col livello, nel paziente, della rappresentazione dell'affetto in ogni momento. L'analista deve affrontare questioni come le seguenti: In che modo, espressivo, metaforico o verbale/astratto posso entrare in un dialogo che abbia senso con questo paziente ed essere emotivamente presente per lui? Può essere questo paziente più profondamente motivato dalle mie parole? Il discorso del paziente è solo una vuota chiacchiera nel momento in cui la sua rappresentazione di sé affettivamente carica viene comunicata al di là della semantica?".

Questo modo di tenere presente la capacità del paziente di ricevere l'intervento terapeutico è ciò che Rosenfeld (1987), in ciò che costituisce una rettifica di una tecnica kleiniana che lui stesso impiegava precedentemente, afferma quando parla di pazienti che denomina "narcisisti dalla pelle sottile" o "narcisisti dalla pelle spessa": "tuttavia uno deve essere particolarmente attento per non aumentare questi traumi (Qui Rosenfeld si riferisce a coloro che nella infanzia furono umiliati dai genitori) con errori nel nostro approccio analitico che umilino e inferiorizzano queste persone. questi errori sono molto difficili da rimediare successivamente" (p.275). Inoltre, modificando l'enfasi che Melanie Klein poneva sull'interpretazione sistematica dell'invidia, riferendosi ad alcuni pazienti aggiunge "...sono stati squalificati dai genitori, o da altri bambini o, in analisi, dall'analista. Nella mia esperienza, quando il paziente si sente accettato e aiutato in analisi, e sente di avere uno spazio per pensare e per crescere, l'invidia gradualmente diminuisce. Per queste ragioni le interpretazioni dell'invidia non devono essere ripetute con troppa frequenza... questo problema deve essere affrontato attraverso l'aiutare i pazienti a capire che il loro progresso in analisi dipende da uno sforzo comune con

l'analista e, in modo particolare, da un buon 'timing' e interpretazione sensibile da parte dell'analista.". (p.266).

Diciamo, inoltre, che ciò che fa l'analista non dipende esclusivamente dal suo schema teorico, ma anche dalle sue necessità emotive. Alla domanda di cosa sarebbe maggiormente rimosso durante la terapia la risposta potrebbe essere: ciò che l'analista fa, l'emozionalità che mette in gioco, derivata dalle necessità dei sistemi motivazionali a partire dai quali interviene e dal suo carattere. Non si tratta di auto incolparci poiché ciò è, precisamente, ciò che determina le difese di negazione, di rimozione, di dissociazione in noi stessi come terapeuti. Semplicemente dobbiamo domandarci: che tipo d'interventi stiamo facendo e che influenza hanno sul legame che stabiliamo col paziente, sulle risposte che si attivano in lui, sulla peculiarità del transfert che mobilitano? Che identità stiamo adottando? Quella del padre o della madre - e all'interno di queste identità, che tipo di padre o di madre -, quella di amico, di colui che calma, di persecutore, di perseguitato spaventato, quella del seduttore narcisista per essere idealizzato, quella del seduttore sessuale, quella del seduttore per illudere con la protezione che offriamo, quella del maestro-guru che insegna verità? Che desideri e che difese attivano queste identità? Siamo fobici evitanti per diminuire la tensione e ci rifugiamo nell'identità di analista neutro-schermo, razionalizzando con la tecnica una necessità personale? O al contrario siamo iperattivi, ipomaniacali, controllanti, poiché ciò allevia i nostri sentimenti persecutori o d'impotenza che colpiscono il nostro narcisismo? Di nuovo non è per mettere in discussione quelle identità e cercare di assumere quella di un io ideale analitico, il che dipenderà da ciascuna scuola e fa correre il rischio di cadere nell'impostura e nell'ipocrisia. Uno dei problemi più seri di qualunque formazione in psicoanalisi è, precisamente, la velocità con cui si assume una identità ritualizzata conforme ai parametri considerati come quelli che definiranno l'essere "veramente" psicoanalista. La questione decisiva è adottare un atteggiamento di io osservante, come quello che chiediamo ai nostri pazienti, che ci permetta di accedere alla consapevolezza di ciò che stiamo facendo e perché. Così come le identità ideali a partire dalle quali i pazienti hanno bisogno di vedersi impediscono che riconoscano e accettino ciò che sono, allo stesso modo l'"identità analitica" è un ostacolo formidabile in quanto "falso sé" - nel senso di Winnicott - rispetto all'emergere delle nostre migliori qualità come terapeuti.

c) Ciò che il terapeuta spinge il paziente a fare, nelle sue relazioni con le distinte aree della realtà: stimolazione che può essere implicita (il desiderio dell'analista percepito dal paziente) o esplicita attraverso l'orientamento.

d) Riguardo a ciò di cui l'analista parla con i colleghi c'è un fenomeno che ha importanza per le sue conseguenze: in certi settori della psicoanalisi esiste una forte tendenza alla dissociazione tra la teorizzazione e lo scambio con i colleghi, da un lato, e nel lavoro clinico dall'altro. Non ci riferiamo al fatto che si abbelliscano i resoconti clinici, che s'inventino gli interventi che presumibilmente si fecero con i pazienti al fine di adattarli a ciò che canonicamente si considera corretto nel gruppo di riferimento. Questo è un problema individuale e corrisponde al coinvolgimento di ogni psicoanalista con i suoi colleghi, che li si inganni o no. Ciò che ci interessa, piuttosto, è un fenomeno che trascende lo psicoanalista come individuo e fa parte di una cultura gruppale e che consiste nel delimitare epistemologicamente il campo della psicoanalisi - ogni scuola lo fa a modo suo -. caratterizzando quello che sarebbe il suo oggetto di studio - l'inconscio, la sessualità, le pulsioni, ecc. -, separandolo drasticamente da problematiche che passano a essere considerate aliene allo stesso, come l'attaccamento, il narcisismo nel suo versante dell'autostima, le risorse e gli ideali dell'io, l'organizzazione della coscienza ecc. Fin qui

tutto sarebbe accettabile in quanto delimitazione epistemologica di un campo teorico, forse con l'unica eccezione che ogni scuola o autore non facesse terrorismo psicologico dicendo che questa è la vera psicoanalisi e che le concezioni degli altri sbagliate. Ma il problema sorge quando quella delimitazione epistemologica, che implica una divisione in parti legittima dello psichismo in quanto separa oggetti di studio, - psicoanalisi, psicologia evolutiva, psicologia cognitiva, effetti al livello psicologico delle strutture neurobiologiche e sue varianti ecc. - viene utilizzato per il trattamento di persone il cui psichismo giammai rimane circoscritto a un settore definito epistemologicamente. Si confonde una delimitazione epistemologica - delimitazione dell'ambito di una disciplina - con una pratica clinica che si esercita su una persona intera. Si confonde "oggetto teorico" con "oggetto reale", nel nostro caso il paziente. Di fronte a ciò si generano due atteggiamenti:

1) Quelli che sono coerenti e nei loro pazienti si occupano esclusivamente dell'oggetto teorico che accettano. Vedono nel paziente solo quello che hanno selezionato come riguardante la propria disciplina, con la conseguenza che trascurano tutte le altre dimensioni dello psichismo che rimangono fuori dal terreno recintato. In pazienti con deficit gravi, con disregolazione affettiva, con tendenza alla confusione, con necessità di attaccamento disorganizzanti quando non siano soddisfatte, insistere solo sul problema del desiderio o della sessualità o dell'edipo senza considerare le strutture dell'io, l'organizzazione del preconscious e della coscienza, lo sviluppo delle risorse dell'io, il contenimento della tendenza al passaggio all'atto, fa sì che possa rimanere al di fuori del centro dell'attenzione ciò che è essenziale nel determinare la patologia. Non è una questione di tecnica del trattamento ma di qual è l'oggetto teorico che guida l'osservazione e stabilirà ciò che sarà captato.

C'è un "oggetto teorico" della psicoanalisi e un "oggetto reale". Le domande che sorgono le potremmo formulare così: se l'oggetto teorico della psicoanalisi, che cambia coerentemente con le varie correnti, non ricopre l'oggetto reale che è il paziente, come ridurre lo iato tra i due? Selezionando strettamente i pazienti che si accordano all'oggetto teorico, limitandosi a un settore molto ristretto di pazienti e di patologie. Disgraziatamente ciò, che sarebbe congruente con ciò che l'oggetto teorico rende possibile, non corrisponde alla realtà: le scuole psicoanalitiche lasciano intendere che i loro analisti sono abilitati al trattamento di tutti i pazienti, e così si fa.

2) Quelli che non sono coerenti, avendo una teoria e una delimitazione della psicoanalisi che successivamente, nella loro pratica clinica, non rispettano, facendo qualunque cosa: appoggio, consiglio, pressione, o interpretazioni kleiniane, rispecchiamento Kohutiano, atto analitico lacaniano, analisi delle difese in accordo con certe correnti della psicologia dell'io, ecc. La discordanza di ciò che discutono con i colleghi, e pubblicano, rispetto a ciò che accade nei loro studi fa pensare in termini di "filosofi di notte, apprendisti della psicoterapia di giorno". Le conseguenze non sono gravi solo per il paziente ma per l'analista stesso che si priva del poter pensare la propria clinica giacché ciò che è libidicamente investito - il suo oggetto teorico - è lontano da ciò di cui si occupa durante la maggior parte del tempo in cui lavora.

L'unico modo di uscire dall'aporia in cui ci collocano i partigiani delle definizioni ristrette del campo analitico è considerare che questo comprende lo studio dei molteplici tipi di elaborazione inconscia - l'originario non rimosso, il prodotto della rimozione e le altre difese, quello che risulta dai fenomeni combinatori dei primi due ecc. - dei modi in cui tali processi guidano ciecamente la persona al di là della coscienza, delle molte forme

in cui la coscienza può essere strutturata, delle relazioni complesse tra processi consci e inconsci, dei sistemi motivazionali multipli che organizzano le fantasie, il pensiero cosciente e il comportamento, delle molteplici strutturazioni dell'io, delle sue risorse, dell'influenza sul livello rappresentativo del substrato neurobiologico, dell'inscritto implicitamente e in termini di linguaggio e narrative, dell'articolazione tra l'intrapsichico e l'interpersonale, dei fenomeni di deficit e di conflitto, della relazione a doppia via tra cognizione e affettività, delle molteplici condizioni che intervengono nella generazione di patologia - conflitto, identificazione ecc. Elenco che non pretende di essere esaustivo ma serve per indicare l'ampiezza attraverso cui vediamo il campo analitico.

D'altra parte, la psicoanalisi nella sua applicazione al trattamento è lavoro sui codici multipli e i sistemi rappresentativi del paziente (anche dell'analista), sulle sue relazioni d'oggetto internalizzate modellate dalla doppia influenza delle figure esterne e delle caratteristiche innate, sui modi in cui paziente e analista - per quanto ci si centri sul primo - reagiscono affettivamente, neurovegetativamente, agli "enactments" nella creazione del particolare legame di ogni coppia paziente/analista, al grado di simbolizzazione del paziente e la sua capacità emotiva di prendere contatto e tollerare la sofferenza. Ciò che si cerca, come obiettivo finale, è lo sviluppo crescente nel paziente della capacità di auto osservazione e decentramento rispetto alla propria mente mentre avviene l'interazione, la conoscenza di come reagisce in funzione della sua caratterologia di fronte alla realtà esterna e di come si condiziona a quell'esterno reale attraverso il proprio modo di sentire e agire. L'evento specifico, per quanto importante - conflitto di separazione nella coppia, difficoltà nel lavoro ecc. - , serve in quanto esemplificazione del codice, dei tratti caratteriali. Tutte queste circostanze della vita richiedono una doppia prospettiva: quella che deriva dal cercare di dargli una certa soluzione ma, soprattutto, quella permettere che il paziente riconosca nel suo modo di reagire certe modalità fondamentali della sua personalità. E' la modificazione di queste ultime l'obiettivo della psicoterapia psicoanalitica e l'autoconoscenza che la caratterizza. Che la si mescoli con appoggio, con orientamento, sono elementi che risultano essere parte del processo, a volte per molto tempo, però dobbiamo essere consapevoli che l'unica cosa che trasforma è l'autoconoscenza seguita dal saggiare e mettere in pratica nuovi modi di reagire - insight nell'azione e iscrizione di nuove memorie procedimentali - , con l'ulteriore consolidamento inconscio di queste nuove modalità di reazione. Insight nell'azione derivato da condotte nella relazione con gli altri che, nel momento in cui avvengono, si accompagnano alla riflessione e al ricordo del passato.

Rendere conscio l'inconscio continua a essere la pietra angolare di tutto il trattamento analitico. Ma rendere conscio l'inconscio non equivale a recuperare i ricordi rimossi - riempire le lacune mnestiche -, né a eliminare la rimozione o recuperare ciò che è scisso o respinto dai meccanismi di difesa. Come abbiamo detto, insieme all'inconscio rimosso c'è l'inconscio originario prodotto dalle relazioni e dalle identificazioni, inconscio iscritto come memoria procedurale che non fu mai oggetto di rifiuto. Anche questo inconscio deve essere portato alla coscienza per renderne possibile la modificazione. L'allargamento della coscienza è solo il primo passo poiché l'autoconoscenza e il decentramento rispetto alla propria mente sono insufficienti se non c'è cambiamento procedurale nei modi di reagire, di sentire, di rapportarsi agli altri, nelle condotte che costituiscono la messa in atto di una coscienza ampliata e di un inconscio in fase di cambiamento.

Note

1. E' considerevole che si continui a sostenere che l'inconscio funziona secondo le leggi del processo primario, non valendo il principio di non contraddizione, coesistendo i contrari, senza influenzarsi reciprocamente. Gli analisti che continuano a ripetere quest'asserto dell'"interpretazione dei sogni" (1900) credendo di seguire Freud non solo trascurano quello che egli affermerà ne "l'inconscio" (1915) e nell' "io e l'es" (1923) ma entrano anche in contraddizione con ciò che dicono nella clinica: parlano di sensi di colpa inconsci - ossia di contraddizione tra desideri e mandati- di cui il nucleo inconscio è l'edipo - una organizzazione in cui una logica del "o io o l'altro", pertanto contraddizioni, gli opposti non coesistono -; credono nella fantasia inconscia che è un'organizzazione che prevede la causalità - "siccome ho fatto questo, l'altro mi farà questo"- "poiché ho fatto questo, mi succederà talaltra cosa" ecc. - affermano che i loro pazienti per alleviare la colpa inconscia adottano condotte masochiste di autocastigo - ossia il significato inconscio di una condotta annulla un'altra condotta-; considerano l'angoscia di castrazione fondamentale - ossia che l'inconscio oppone, fa entrare in contraddizione, l'essere fallico o castrato- , ecc. Rangell (1989), di fronte a queste contraddizioni tra le formulazioni teoriche e quelle cliniche che incontra in molti analisti dice: "mentre c'è una resistenza diffusa all'idea che il processo secondario funziona nell'inconscio, rimango attonito e perpleso di come uno psicoanalista clinico possa prescindere da quest'idea. Ogni paziente, ogni giorno, fornisce prove della sua necessità" (p.197). Anche Westen (1999) insiste sull'impossibilità di continuare a mantenere la correlazione tra inconscio e processo primario da un lato, e coscienza e processo secondario, dall'altro.

Affermare che la coscienza funziona secondo le leggi del processo secondario è disconoscere che anche i contenuti della coscienza si associano per contiguità temporo-spaziale, o per somiglianza; basta ascoltare l'argomentazione di chiunque di noi sulle nostre convinzioni, o nel mezzo di una discussione, per ottenere la prova definitiva che i contrari possono coesistere, che la contraddizione non governa, che la logica in quei momenti rimane riservata ai testi di logica.

Con tutto ciò, nonostante l'evidenza, dati i modi in cui il sapere analitico è trasmesso, siamo scettici che si cessi di ripetere che l'inconscio funziona secondo i principi del processo primario e la coscienza in base a quelli del processo secondario.

2. Killigmo, partendo dalla tesi che l'osservazione non è mai libera da preconcetti propone che l'ascolto analitico non possa mantenere una distinzione categorica tra l'ascolto - il concetto di attenzione liberamente fluttuante - e l'attribuire significato a ciò che si sta ascoltando. Entrambi avvengono simultaneamente. Per mostrare l'unità di ascoltare e comprendere usa l'espressione "listening perspective", avendo "perspective" il significato di prospettiva dalla quale l'analista comprende. Nel paragrafo citato traduciamo "listening-perspective" come escuchar-comprender.

Bibliografía

- Ablon, S. (1994). Psychoanalytic theories of affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 640-643.
- Balint, M. (1952). *Primary love and psycho-analytic technique*. H. Karnac (Books) Ltd.
- Balint, M. (1968). *The basic fault. Therapeutic aspects of regression*. Tavistock/Routledge (1989).
- Bleichmar, H. (1986). *Angustia y fantasma: matrices inconscientes en el más allá del principio del placer*. Adotraf.
- Bleichmar, H. (1994). Aportes para una reformulación de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente. *Revista Argentina de Psicología*, XXV(44), 23-44.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Paidós.
- Bleichmar, H. (1999a). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque "Modular-Transformacional". *Aperturas Psicoanalíticas* (3). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=94>
- Bleichmar, H. (1999b). Fundamentos y aplicaciones del enfoque "Modular-Transformacional". *Aperturas Psicoanalíticas* (1). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=52>.
- Bleichmar, H. (2000a). Aplicación del enfoque "Modular-Transformacional" al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas* (5). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000123>
- Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Amorrortu.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression. Attachment and loss, Vol. 3*. Hogarth Press.
- Brenner, C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *Journal of Clinical Psychoanalytic*, 3, 473-488.

- Breznitz, S. (Ed.). (1985). *The denial of stress*. International Universities Press.
- Busch, F. (1999). *Rethinking clinical technique*. Jason Aronson Inc.
- Cahill, L. (1997). The neurobiology of emotionally influenced memory. Implications for understanding traumatic memory. *Annals N.Y. Acad. Science.*, 821, 238-246.
- Clyman, R. B. (1991). The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 39(Supl.), 349-382.
- Cohen, L. S. (2000). New trends in treating premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(supl. 12), 3-8.
- Chomsky, N. (1984). *Modular approaches to the study of the mind*. San Diego State University Press.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace & Company.
- Damasio, A. R. (1996). *El error de Descartes*. Crítica (Grijalbo Mondadori).
- Davis, J. T. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82, 449-462.
- Dio Bleichmar, E. (1994). La femme provocatrice: une théorie sexuelle infantile (les effets du regard sexuel de l'adulte sur la subjectivité de la petite fille). En: *Colloque International de Psychanalyse Jean Laplanche. Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Dio Bleichmar, E. (1995). The secret in the constitution of female sexuality: The effects of the adult's sexual look upon the subjectivity of the girl. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 4(3), 331-342.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Paidós.
- Eissler, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104-143.
- Fairbairn, W. R. D. (1943). The repression and the return of bad objects (with special reference to the 'war neuroses'). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Tavistock (1952).
- Ferenczi, S. (1932). La repetición en análisis peor que el traumatismo original. *Psicoanálisis*. IV. Espasa-Calpe (1984).
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. International. *Journal of Psycho-Analysis*, 80, 215-224.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146.
- Freud, S. (1896). Carta 52., vol. I. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915a). La represión. *Obras completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915b). Lo inconsciente. *Obras Completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras Completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. *Obras Completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu
- Gedo, J. E. (1979). *Beyond Interpretation. Toward a Revised Theory for Psychoanalysis*. New York: International University Press, Inc.
- Gold, P. E., Greenough, W. T. (2001). *Memory consolidation. Essays in honor of James L. McGaugh*. Washington: American Psychological Association.
- Gray, P. (1996). *El yo y el análisis de la defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Greenberg, J. (2001). The analyst's participation: A new look. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 360-381.
- Hanly, C., Fitzpatrick Hanly, M. A. (2001). Critical realism: Distinguishing the psychological subjectivity of the analyst from the epistemological subjectivism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 515-533.
- Hesse, E., Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1098-1127.
- Jones, J. M. (1995). *Affects as process. An inquiry into the centrality of affect in psychological life*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Kandel, E. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A New intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven: Yale University Press.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-517.

- Killingmo, B. (1999). A psychoanalytic listening-perspective in time of pluralism. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 23 (2).
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The Writings of Melanie Klein*, vol. I. London: Hogarth Press (1985).
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The Writings of Melanie Klein*, vol. III. London: The Hogarth Press
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. *Envy and Gratitude and Other Works*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis (1984).
- Kohut, H. (1971). *El análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1984). ¿Cómo cura el análisis? Buenos Aires: Paidós (1986).
- Lacan, J. (1966a). D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. En: *Ecrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1966b). *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1967-68). L'Acte Psychanalytique. Séminaire 67-68. Lyon: Schamans (1982).
- Laplanche, J. (1992). La prioridad del otro en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu (1996).
- Leiberman, C., Bleichmar, N., comp. (2001). *Las perspectivas del psicoanálisis*. México/ Buenos Aires: Paidós.
- Levinton, N. (2001). *El superyó femenino. La moral de las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachman, F. M., Fosshage, J. L. (1996). *The clinical Exchange. Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., Fosshage, J. L. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lyons-Ruth, K. (2000). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 4.
- Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 8.
- Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, (No. 8).
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Nadel, L., Land, C. (2000). Memory traces revisited. *Nature Reviews: Neuroscience*, 1, 209-212.
- Nader, K., Schafe, G. E., LeDoux, J. E. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews: Neuroscience*, 1 (3), 216-219.
- O'Carroll, R. E., Drysdale, E., Cahill, L., Shajahan, P. E., K.P. (1999). Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. *Psychol Med*, 29, 1083-8.
- O'Connel, M. (2001). Realidad subjetiva, realidad objetiva, modos de relación y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 8 .
- Ogden, T. H. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New Jersey: Jason Aronson, Inc.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., Stolorow, R. D. (1997). *Working Intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Piaget, J. (1973). The affective unconscious and the cognitive unconscious. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 21, 249-261.
- Pine, F. (1990). *Drive, Ego, Object, and Self. A Synthesis for Clinical Work*. USA: Basic Books.
- Pine, F. (1998). *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique*. New Haven: Yale University Press.
- Rangell, L. (1989). Action theory within the structural view. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 189-202.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXV, 495-517.
- Rosenfeld (1987). *Impasse and interpretation. Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline and neurotic patients*. London: Tavistock/ Roulledge.

- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Psychotic States. A Psychoanalytic Approach*. London: Maresfields Reprints (1984).
- Sandler, J. (1989). *Proyección, identificación, identificación proyectiva*. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.
- Sara, S. J. (2000). Strengthening the shaky trace through retrieval. *Nature Review: Neuroscience*, 1, 212-213.
- Schore, A. L. (1984). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shevrin, H., Bond, J. A., Brakel, L. A. W. (1996). *Conscious and Unconscious Processes. Psychodynamic, Cognitive, and Neurophysiological Convergences*. New York: The Guilford Press.
- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1148-1174.
- Spillius, E. B., comp. (1988a). *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Vol. 1: Mainly theory*. London: Tavistock/ Roudledge.
- Spillius, E. B., comp. (1988b). *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Vol. 2: Mainly practice*. London: Tavistock/ Roudledge.
- Spitz, R. C. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-341.
- Steiner, M., Pearlstein, T. (2000). Premenstrual dysphoria and the serotonin system: Pathophysiology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 12), 17-27.
- Stern, D., et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Tulving, E., Craik, F. I. M., comp. (2000). *The Oxford handbook of memory*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Westen, D. (1997). Towards a clinical and empirically sound theory of motivation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 521-548.
- Westen, D. (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 1161-1106.
- White, R. S. (2001). The interpersonal and Freudian traditions: convergences and divergences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 428-455.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press (1987).
- Winnicott, D. W. (1989). *Holding and Interpretation. Fragment of an analysis*. London: Karnac Books.
- Yehuda, R. (2000). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, supplement 7 (14-21).

*Ringrazio il professor Louis- Lopez Yarto per avermi fatto conoscere questo pensiero.