

## **L' Indirizzo scientifico e metodologico del Centro di Psicologia e Psicoterapia – Note di teoria e tecnica psicoanalitica**

*A cura del Dr. Carlo Anghinoni*

**Il Centro di Psicologia e Psicoterapia** nei propri principi teorici e tecnici fa riferimento in primo luogo ai principi della teoria e della tecnica psicoanalitica di Joseph e Anne-Marie SANDLER elaborati attraverso un lungo ed intenso lavoro clinico e di ricerca presso la Hampstead Child Therapy Clinic di Londra, fondata da Anna Freud, figlia del creatore della psicoanalisi, Sigmund Freud.

In secondo luogo fa riferimento ad un altrettanto lungo e laborioso lavoro di studio, di ricerca e di attività clinica del Centro Studi Psicoterapia – Via Ariosto 6 – Milano. Centro col quale Joseph e Anne-Marie Sandler hanno instaurato e mantenuto per un lungo periodo un intenso lavoro di cooperazione.

Su questa premessa risulta evidente che i principi ispiratori del Centro trovano fondamento nella teoria e tecnica psicoanalitica freudiana.

Pur ispirandosi a tale corrente di pensiero, si ha tuttavia la chiara consapevolezza che nessun impianto teorico-tecnico possa rimanere nel tempo inalterato e statico, senza che vi sia la possibilità di una costante e continua rielaborazione dei propri stessi costrutti. Quindi un lavoro di revisione e di rielaborazione critica e per taluni aspetti anche di superamento della medesima teoria e tecnica, seguendo in ciò l'esempio dello stesso Freud.

**Il Centro**, fonda pertanto la propria metodologia di studio, di ricerca, di lavoro clinico e di formazione sui seguenti presupposti fondamentali:

**1)** Non è possibile accostarsi alla psicoterapia psicoanalitica senza ripercorrere l'evoluzione seguita da Freud durante la elaborazione della teoria e della tecnica psicoanalitica, dapprima per la sua autentica interiorizzazione, quindi per la sua conseguente e necessaria rielaborazione critica.

**2)** Al fine di una corretta chiarificazione ed interiorizzazione dei concetti psicoanalitici, diventa necessario ripercorrere i principali autori successivi a Freud ed i cui contributi sono stati determinanti per il suddetto lavoro di rielaborazione critica tanto della teoria quanto della tecnica psicoanalitica.

E' possibile che tale lavoro porti con sé lo sviluppo di nuovi concetti e nuove formulazioni teoriche. Soltanto la costante esperienza clinica e la verifica "sul campo" potrà dire se tali nuovi concetti saranno convalidati per diventare poi a loro volta oggetto di rielaborazione critica.

**3)** Poiché questo lavoro di chiarificazione porta con sé lo sviluppo di nuovi concetti e di conseguenza di nuove formulazioni teoriche, l'acquisizione di nuovi apprendimenti deve prevedere il continuo rimodellamento delle proprie conoscenze e dei propri convincimenti, pur non rinunciando a dotarsi degli strumenti necessari per intraprendere al meglio il proprio lavoro clinico.

**4)** La teoria psicoanalitica appare come una struttura poliedrica in cui sono visibili molte sfaccettature: questo induce a pensare che essa non procede compatta in un' unica direzione.

Ciò è maggiormente vero se si considera che l'analista medesimo, nell'ambito del proprio lavoro teorico-clinico, sia portato ad introdurre più o meno consapevolmente delle ipotesi psicologiche che possono non essere esattamente in sintonia con i costrutti che fondano i propri convincimenti teorico-clinici, ma che nondimeno possono diventare una sorta di "linea-guida" del proprio operare.

**5)** Non esistono modelli di riferimento di valore assoluto, anche in ossequio alle esposte considerazioni circa la evoluzione nel tempo della stessa teoria psicoanalitica.

Singolarmente, ciascun modello può meglio spiegare e rappresentare aspetti della teoria e della clinica che in altri modelli non trovano accoglienza.

A partire da questi presupposti fondamentali a cui fa riferimento il **Centro**, vengono di seguito sinteticamente indicati alcuni dei principali concetti che hanno lo scopo di costituire dei "punti di riferimento", delle caratteristiche che contraddistinguono il "**modello**" cui al momento attuale ci riferiamo quando ci occupiamo della presa in carico degli accadimenti interni del paziente.

### **L' Apparato Psicico.**

Nello schema di riferimento del trauma affettivo, Freud considera l'apparato psichico come una organizzazione mentale in cui hanno luogo i processi psicologici. Questa organizzazione è molto più rudimentale nella prima infanzia e diviene più complessa con il procedere dello sviluppo.

Freud sottolinea che tale apparato ricopre un ruolo importante nell'adattamento cui l'individuo è soggetto di fronte alle esperienze sia del mondo esterno che di quello interno, pur attribuendo più importanza alle vicissitudini "esterne". Freud si ricrede soltanto in una fase successiva, quando attraverso la sua esperienza clinica si rende conto del peso preponderante degli accadimenti del mondo interno del paziente.

Tra le molteplici funzioni dell'apparato psichico, Freud - influenzato dalla sua teoria pulsionale - rimarca quella del controllo e la scarica dell'eccitamento, in termini di regolazione e dispiegamento dell'energia psichica stessa. Inoltre vi attribuisce la funzione difensiva nei confronti dei sentimenti dolorosi o dei pensieri che non sono ammessi alla

coscienza. Infine, ritiene che tale apparato abbia il compito di depositare le tracce mnestiche delle esperienze “interne” ed “esterne” nelle complesse strutture mentali.

Dalla conseguente differenziazione dell'apparato durante lo sviluppo dell'individuo, si distinguerebbe l' "Io" come risultante, da una parte dei bisogni biologici dell'individuo che lo sottopongono ad un aumento di eccitazione dell'apparato, dall'altra delle pressioni provenienti dal mondo esterno in termini di ulteriore sollecitazione di tale eccitamento.

Questo particolare “Io” coinciderebbe per Freud sia con la consapevolezza che con le altre istanze difensive dell'apparato medesimo, che oggi non trovano una collocazione “conscia”.

Oggi possiamo definire l'apparato psichico come una organizzazione complessa che si regola avendo al suo interno due distinte aree di funzionamento: la prima viene definita “esperienziale”, la seconda “non esperienziale”.

La prima riguarda le diverse fasi dell'esperienza (desideri, impulsi, ricordi, fantasie, sensazioni, percezioni, sentimenti etc.) che dà luogo ad una serie di rappresentazioni che a loro volta possono essere conscie o inconscie. La seconda riguarda le forze, le energie, i meccanismi, gli apparati, le strutture organizzate, che non sono direttamente conoscibili attraverso l'esperienza “diretta”. L'Apparato Psichico fa parte dell'ambito non esperienziale. Come premesso, le relative strutture, a partire da una organizzazione più semplice, si strutturano durante le varie fasi dell'adattamento. Le due aree si modificano e si influenzano reciprocamente: da un lato l'impatto con l'esperienza della realtà esterna può produrre cambiamenti nel “non esperienziale”; dall'altro, tali cambiamenti delle strutture interne, possono produrre aggiustamenti nei confronti della realtà esterna.

### **Il Mondo Rappresentazionale.**

Possiamo definire il Mondo Rappresentazionale come una “struttura” che si forma e si arricchisce nel corso dello sviluppo. Ciò avviene per il fatto che all'inizio il bambino si crea delle immagini che rappresentano gli “oggetti” del mondo esterno.

Esse si formano sulla base della diretta esperienza che il bambino fa della sua realtà esterna e man mano che si formano, esse vengono collocate in un mondo interno chiamato appunto “Rappresentazionale”. Insieme a tali immagini degli “oggetti” che rappresentano la realtà esterna, vengono collocati anche i loro relativi contenuti ideativi ed affettivi, così come sono stati dal bambino appresi e riconosciuti mediante le sue primitive esperienze.

Oltre alle immagini di tali “oggetti”, il bambino colloca dentro di sé le immagini e le sensazioni che sono attinenti al suo stesso corpo, costruendo man mano dentro di sé la rappresentazione del proprio “schema corporeo”. Ancora, insieme a tale rappresentazione corporea, vengono collocate le molteplici rappresentazioni dei bisogni, degli affetti, degli

stimoli sensoriali, che determineranno nel corso dello sviluppo, la rappresentazione del Sé.

A tale rappresentazione “ideale” – in termini di una forma desiderata del Sé -, il bambino potrà “accedere” ogni volta che si troverà di fronte a particolari bisogni e necessità che non sono soddisfabili mediante la realtà. Ovvero, attraverso una sorta di “gratificazione in fantasia” egli potrà attingere al massimo grado possibile di benessere e di sicurezza.

### **La Relazione oggettuale.**

Per Freud la pulsione era una entità a se stante fra lo psichico ed il somatico e rappresentava il punto di partenza di ogni successivo evento nella vita dell'individuo.

Kernberg, pur adottando in parte il punto di vista freudiano circa i connotati ed il ruolo della pulsione, sposta l'attenzione dal corpo alla relazione esistente nella interazione fra il bambino e le figure più significative che si occupano di lui.

In questo sistema teorico il bambino inizialmente non ha delle vere e proprie pulsioni organizzate: egli ha degli stati affettivi che possono essere di natura piacevole o spiacevole. Nel corso del tempo questi stati affettivi formano le due pulsioni, quella libidica e quella aggressiva; la pulsione libidica nasce dall'interazione con gli oggetti vissuti come gratificanti, quella aggressiva si forma nell'interazione con gli oggetti vissuti come non gratificanti, fonte di odio e insoddisfazione. Da questo punto di vista Kernberg integra la teoria freudiana pulsionale con le successive teorie delle relazioni oggettuali di Melanie Klein e Fairbairn da una parte e con la psicologia dell'Io di Margaret Mahler e Edith Jacobson dall'altra. In sintesi, mentre Freud analizzava la personalità dell'individuo sulla base del livello di gratificazione pulsionale dominante (ad es. livello orale), Kernberg la analizza principalmente sulla base della qualità delle relazioni oggettuali interne del paziente.

In sostanza, differentemente da un punto di vista esclusivamente “energetico”, riteniamo che le relazioni oggettuali siano delle Relazioni di Ruolo in cui esiste un ruolo per il Sé e un ruolo per l'Oggetto. Attraverso la Relazione di Ruolo vengono soddisfatti desideri e bisogni di entrambi i partecipanti alla relazione. La Relazione Oggettuale è quindi in definitiva un soddisfacimento di desideri nel senso più esteso del termine.

Anche nel dialogo con i suoi Oggetti nel mondo della fantasia, il soggetto imposta una Relazione di Ruolo volta al soddisfacimento del desiderio. Ovviamente la Relazione di Ruolo in fantasia è più controllabile di quella che si verifica con un Oggetto esterno.

### **Il Principio di sicurezza.**

Come anticipato nel capitolo circa il “Mondo rappresentazionale”, il bambino colloca dentro di sé delle rappresentazioni non solo degli oggetti, ma anche di tutta una sempre più copiosa serie di sensazioni e stimoli, provenienti ad esempio dal mondo esterno, di cui

il suo corpo è una componente. Queste percezioni, dapprima disorganizzate e casuali, grazie al lavoro che l'io compie, divengono sempre più dei percetti organizzati e funzionali che lo portano ad acquisire una capacità di controllo degli eccitamenti e degli stimoli disorganizzati, permettendogli di non rimanerne sopraffatto. Questa capacità di controllo (cui si accompagna una sorta di mediazione nei confronti della realtà esterna), fa sì che nell'individuo si determini un sentimento di sicurezza che non corrisponde semplicemente ad un' assenza di malessere, bensì ad un vero e proprio stato in cui ci si sente garantiti nei confronti degli accadimenti potenzialmente dannosi da qualunque parte essi provengano. In questo senso possiamo considerarlo come l'esatto opposto della condizione di angoscia, nella quale la sensazione prevalente è quella di essere potenzialmente in balia di ogni pericolo incombente.

Tanto più l'io riesce ad esercitare tale controllo, maggiormente si rafforza all'interno dell'io medesimo un sentimento di base che lo fa sentire consapevolmente in grado di fronteggiare gli stimoli potenzialmente dannosi e carichi di angoscia.

Possiamo pertanto postulare un principio di sicurezza per indicare il fatto che l'io compie ogni sforzo per mantenere un livello anche minimo di sentimento di sicurezza mediante lo sviluppo ed il controllo dei suoi processi integrativi.

### **Il dolore psichico.**

Il dolore psichico è qui inteso come la conseguenza della discrepanza vissuta dall'individuo fra:

- la rappresentazione di uno **stato del Sé attuale** (cioè come l'individuo si sente, si vede, si percepisce in un preciso momento della sua vita) e
- la rappresentazione di uno **stato ideale del Sé** (cioè quello che l'individuo desidererebbe tanto essere).

In questo senso, quindi, lo stato ideale è uno stato affettivo di desiderato benessere sia delle proprie condizioni psichiche che di quelle fisiche.

Desiderare il raggiungimento di questo stato ideale, significa anche desiderare che il proprio sviluppo psichico e fisico sia il più possibile armonioso e privo di difficoltà. Per dirla con Freud "Lo sviluppo dell'io consiste nel prendere le distanze dal narcisismo primario e dà luogo ad un intenso sforzo inteso a recuperarlo". Il dolore psichico corrisponde al venire meno, pertanto, del sentimento di sicurezza e di benessere desiderato dall'individuo. Ne consegue che ogniqualvolta l'individuo entra in contatto con una differenza sostanziale fra il come si percepisce e come, invece, vorrebbe essere - e quindi in una condizione di dolore - si determina una condizione di abbassamento se non di perdita del sentimento di sicurezza e di benessere.

**f) Nozione di adattamento psichico.** Va innanzitutto precisato che qui per adattamento si intende un processo intrapsichico di cui fanno parte come semplici aspetti altri tipi di adattamenti: come l'adattamento alla realtà esterna, agli impulsi, ai desideri, allo stesso "Super-Io".

Lo stesso sviluppo dell'apparato psichico risulta essere una conseguenza di tutti i processi adattativi che sono intervenuti fin dal momento della nascita. Durante il suo funzionamento, l'apparato psichico compie un lavoro di adattamento nei confronti di tutte le richieste che gli vengono rivolte.

Abbiamo sottolineato che tanto più l'Io riesce a tenere sotto controllo determinati impulsi, quanto più si rafforza all'interno dell'Io un sentimento di sicurezza; vi è ragione di credere che ogni qualvolta sia intervenuto il rafforzamento o la convalida di tale sentimento di sicurezza, allo stesso modo si verifichi una capacità di riorganizzazione adattativa.

Allorché il bambino, dietro la spinta di nuovi impulsi e sensazioni, è portato a rimodellare i propri schemi interni sia percettivi che concettuali, viene a realizzarsi un nuovo processo di adattamento; tutto ciò mediante quel lavoro dell'Io che ha tra i suoi compiti quello di risolvere le contraddizioni che si presentano, nonché di operare sintesi e integrazioni. Questa concezione dell'adattamento implica che le nuove esperienze percettivo-sensoriali ed emotive che irrompono nel mondo psichico, possono alterare l'omeostasi emotiva di base; e pertanto il lavoro psichico dell'adattamento consiste nel garantire una stabilità interna della omeostasi, con la conseguenza di garantire quel sentimento di sicurezza di cui si è detto sopra.

L'apparato psichico mira al raggiungimento di questo risultato facendo uso di tutte le risorse a sua disposizione, siano esse percettive o cognitive, oppure ricorrendo ai meccanismi di difesa, fino alla rinuncia della gratificazione, se in tal modo è garantita la stabilità del sentimento di sicurezza. Ne consegue che l'apparato psichico è costantemente impegnato nella ricerca di soluzioni che garantiscano un adeguato sentimento di sicurezza e quindi in un interminabile lavoro di adattamento psichico che è destinato ad attraversare tutta l'esistenza dell'individuo.

oooooooooooo

Di seguito vengono indicati e brevemente illustrati gli strumenti che caratterizzano la metodologia clinica cui facciamo riferimento. Tuttavia, si ritiene opportuno premettere che il principio ispiratore che ci accompagna nell'approccio al paziente, è la consapevolezza che il percorso di "cura" altri non è che l'offrirgli l'opportunità di sperimentare insieme al terapeuta un nuovo modo, diverso da quelli con cui finora si è intrattenuto, di occuparsi di sé e di guardare ai propri accadimenti "interni" (comprese le manifestazioni sintomatiche di questi), di conoscersi acquistando in particolar modo una maggiore consapevolezza del suo "stile relazionale".

Tali strumenti sono:

**1) Lo sviluppo e l'utilizzo della Alleanza di lavoro.** Intesa come l'insieme delle interazioni fra l'analista ed il paziente ai fini di rafforzare in quest'ultimo il desiderio di continuare ad

occuparsi di sé e di affrontare e superare le resistenze che caratterizzano il percorso psicoterapeutico. Siamo dell'avviso che le "buone interpretazioni" dei conflitti del paziente, costituiscano il mezzo migliore per costruire e rafforzare l'Alleanza di lavoro.

**2) L'interpretazione del transfert e l'utilizzo dei sentimenti controtransferali.** Pur rimanendo lo strumento elettivo della terapia psicoanalitica, riteniamo che l'interpretazione del transfert non possa essere inteso come un meccanismo rigido ed automatico (una sorta di matrice statica) con cui gestire tutti gli aspetti di relazione che intercorrono fra paziente e terapeuta. Siamo, inoltre, dell'idea che esso non debba costituire una modalità per gestire nel vero senso della parola la vita del paziente "dall'alto" (terapeuta) "in basso" (paziente).

Riteniamo che l'interpretazione del transfert debba costituire essa stessa una possibilità di rafforzamento dell'Alleanza terapeutica, oltre che una modalità per il paziente di conoscere, sperimentare e confrontarsi con il proprio "stile relazionale". L'ascolto, il riconoscimento e l'utilizzo dei **sentimenti controtransferali**, costituisce una parte importante del nostro modo di intendere la relazione psicoterapeutica alla luce del nostro modo di concepire la Relazione d'Oggetto di cui la relazione terapeutica non costituisce che un caso particolare.

**3) L'interpretazione del conflitto.** Definiamo, innanzitutto, il **conflitto** come la contrapposizione di due istanze nei confronti di una meta da raggiungere. In altre parole potremmo dire che vi è un conflitto quando nel mondo interno dell'individuo una parte di sé è alle prese con dei desideri, mentre un'altra parte di sé, che assume il ruolo di istanza interiore prevalente, ne impedisce in ogni modo la soddisfazione. Ciò a fronte della convinzione che il soddisfacimento produrrà esiti punitivi e terrifici all'individuo medesimo.

Perciò il conflitto è in stretto legame con la frustrazione poiché i desideri, i bisogni e le esigenze spesso continuano a sussistere anche se sono tra loro apparentemente inconciliabili o comunque opposti.

Diversamente dal conflitto manifesto, in cui l'individuo ha una sufficiente consapevolezza dei sentimenti con cui ha a che fare, e che si contrappongono, il conflitto psichico (definito anche "dinamico") è per sua natura inconscio e come tale può essere risolto solamente se opportunamente interpretato all'interno del rapporto psicoterapeutico analitico. Compito dell'apparato psichico è dunque quello di tenere sotto controllo tutti i sentimenti spiacevoli che potrebbero derivare se le istanze ed i desideri avessero libero accesso alla consapevolezza ed alla realtà. Durante il lavoro di interpretazione del conflitto, vanno, pertanto, tenuti in debita considerazione non solo i due poli contrapposti (il desiderio e la paura), ma anche le estreme conseguenze che l'individuo è convinto di dovere subire.

Supportato dalla alleanza di lavoro, il terapeuta può mostrare al paziente il nodo cruciale del suo malessere, dandogli la possibilità di sperimentare soluzioni del suo conflitto più accettabili e meno terrifiche, attraverso strategie adattative migliori. In questo modo si aiuta il paziente a farsi una ragione del perché dentro di sé si oppongono sensazioni, stati d'animo, desideri, paure e minacce di punizioni.

**4) La connotazione e la valorizzazione dei sentimenti del paziente** al fine di permettergli di integrarsi con essi. A fianco della interpretazione del transfert, esiste a nostro avviso un lavoro attento e costante mediante il quale si mostrano al paziente i suoi sentimenti, di qualunque natura essi siano, allo scopo di attivare in lui il desiderio di convivere nel migliore modo possibile, di non sentirli estranei e nemici, ma parte integrante di sé.

**5) La distinzione fra Inconscio Passato e Inconscio Presente.** Come molti altri concetti presenti nell'ambito della teoria psicoanalitica, si tratta di una distinzione che possediamo ma di cui solitamente non teniamo consapevolmente conto durante il lavoro psicoterapeutico analitico. Riguardo all' ***Inconscio passato***, esso può essere definito con J. e A.M. Sandler (1987) "l'animo del bambino". Esso si è gradualmente strutturato nel corso dello sviluppo primario e la sua influenza può essere riscontrata negli impulsi e nelle reazioni di un bambino che ha raggiunto un certo grado di sviluppo, all'incirca nella fascia dei 5 anni di età.

In questa fase il bambino fa maggiormente uso di una forte repressione rispetto agli impulsi perentori e indifferibili, col risultato di evidenziare quell'amnesia infantile che corrisponde con la formazione della cosiddetta "prima censura". Questo a significare che il concetto di Inconscio passato, va oltre il semplice concetto di Es e comprende una concezione più complessa di sviluppo di quanto venga considerato nella medesima teoria dell'Es. L' ***Inconscio presente*** è caratterizzato da una organizzazione molto diversa rispetto a quella dell' Inconscio passato. Nell' ***Inconscio presente*** si manifestano impulsi e tendenze che non sono uguali a quelli originari; questo perché l'individuo di adesso non è più il bambino di un tempo. Tuttavia l'individuo che è ora, presenta comunque dei comportamenti infantili e questi hanno delle similitudini rispetto ai modi in cui il bambino di 5 anni esprime desideri e impulsi di ogni tipo. Mentre l' ***Inconscio passato*** rimane pressoché relegato dietro la barriera dei 5 anni, l' ***Inconscio presente*** ha un ruolo più attivo. Mediante l'utilizzo dei principali meccanismi di difesa, si occupa di salvaguardare l'equilibrio interno, garantendo nel contempo sufficienti sentimenti di sicurezza e di integrità del Sé. Come abbiamo visto, mentre l' ***Inconscio Passato*** è tenuto sotto controllo dalla cosiddetta "prima censura", possiamo definire "seconda censura" quella che opera fra l'Inconscio presente e la coscienza. Essa ha origini ben diverse dalla prima (che ha le caratteristiche di una "barriera repressiva") ed è orientata ad evitare i sentimenti di



vergogna, imbarazzo ed umiliazione, nonché a gestire il timore di essere derisi, considerati sciocchi, ridicoli e stupidi.

**6) Il lavoro di “costruzione” e “ricostruzione” nella terapia.** E’ importante, innanzitutto distinguere che se la “costruzione” è l’attività specifica che il terapeuta svolge nel lavoro analitico, la “ricostruzione” è il risultato del lavoro di interazione fra il terapeuta ed il paziente.

Pertanto intendiamo per **“costruzione”** il lavoro che l’analista svolge ogni volta che mette a disposizione del paziente degli importanti stimoli di riflessione che gli consentano di conoscersi meglio nel suo funzionamento psichico attuale creando delle strutture di insight.

La **“ricostruzione”**, invece, viene sollecitata con lo scopo di individuare nella storia, nella biografia del paziente le fondamentali esperienze nella relazione coi suoi oggetti primari che hanno provocato la scelta e la strutturazione delle modalità di funzionamento attuali.

**7) Il lavoro di supporto al paziente nella terapia (“Holding”).** Crediamo che il paziente in terapia non possa essere trattato come un oggetto di studio, di indagine e di intervento, ma che sia principalmente una persona che porta alla nostra attenzione un bagaglio di dolore psichico e una difficoltà nel sapersi districare nel groviglio dei suoi accadimenti interni (ed esterni). Così come siamo consapevoli che mentre cerchiamo insieme a lui di addentrarci nel suo mondo interno, inevitabilmente arricchiamo (e mettiamo in discussione) le nostre conoscenze e la nostra tecnica. Nonostante ciò egli rimane l’interlocutore principale del nostro genuino interesse e con lui stabiliamo innanzitutto una relazione umana.

Per questo può accadere che all’interno di questo (più o meno) lungo percorso il paziente riesca a superare ostacoli e difficoltà (in termini di “resistenze”) nel momento in cui sente che ci occupiamo veramente di lui, che siamo comunque dalla parte del suo benessere e della sua sicurezza, anche quando il mantenimento di questo obiettivo comporta una rigorosa neutralità oppure una salutare franchezza.

Per questo motivo non lesiniamo interventi di autentica “comprensione” del suo dolore, se questo comporta il mantenimento di una buona “alleanza di lavoro”.

Allo stesso modo crediamo che all’interno di un percorso complesso e laborioso quale la psicoterapia psicoanalitica, possano sussistere particolari evenienze interne (ma anche esterne) in cui può essere importante supportarlo nel senso di fargli sentire in modo particolare - più che dirgli - che “siamo dalla sua parte”.

Ciò significa anche che gli facciamo sentire che rispettiamo i suoi tempi, le sue difficoltà sia dentro che fuori la terapia e che non gli imponiamo i nostri. Crediamo che questo

particolare modo di essere – che non coincide con il più o meno sistematico sostegno che caratterizza altri tipi di terapia – non possa essere svincolato dalla neutralità che comunque deve caratterizzare il lavoro psicoterapeutico analitico, considerando che comunque esso fa da sottofondo alla relazione medesima.

**8) Uno schema di riferimento per il terapeuta.** In una qualche parte del terapeuta, ad un qualche livello perlopiù conscio, riteniamo debba rimanere attivo uno schema di riferimento che gli permetta di monitorare costantemente il prosieguo della terapia, gli sviluppi, gli arresti, le regressioni, tutti aspetti che riflettono gli accadimenti interni al paziente. Si tratta perlopiù di un “prestare particolare attenzione” verso una serie di parametri non rigidi, che permettono di avere costantemente presente “come è” e “dove si trova” il paziente e “che cosa gli accade” in un qualunque determinato momento del percorso. Questo schema può essere spiegato indicando sinteticamente gli aspetti più importanti che dovrebbero caratterizzarlo:

- a) Il tipo di relazione di ruolo che il paziente tende ad attivare.
- b) Le caratteristiche attuali delle sue difese e la loro evoluzione
- c) Le caratteristiche attuali del suo Super-io rispetto al passato
- d) Le caratteristiche delle funzioni dell’Io
- e) La gestione degli impulsi, dei sentimenti
- f) Il livello di investimento del Sé e degli oggetti
- g) Il livello e le caratteristiche dell’investimento sessuale
- h) Il livello e le caratteristiche della spinta alla introspezione, rispetto alla eventuale tendenza all’ “acting out”
- i) Le caratteristiche e la tenuta dei nuovi “adattamenti”

Pur essendo di estrema importanza il possesso delle nozioni “guida” cui fare riferimento, non va trascurato che uno dei principali obiettivi della terapia è quello di far sì che il paziente diventi amico delle parti di sé che prima non poteva accettare.

Per far ciò il terapeuta deve creare, attraverso le sue interpretazioni ed il modo in cui le propone al paziente, un’atmosfera di tolleranza per ciò che in lui è infantile, perverso, ridicolo ed è quindi causa di conflitti inconsci, un’atmosfera che il paziente può far propria nel suo atteggiamento verso se stesso. E’ necessario comunicare al paziente la nostra consapevolezza di quanto sia difficile affrontare il conflitto attuale, di quanto sia naturale che si trovi in imbarazzo e di quanto umiliante sia rivelare al terapeuta le parti di sé “sciocche”. Occorre che il paziente raggiunga un “insight” del suo mondo interno, il mondo degli introietti e delle sue relazioni inconsce con essi.

Così saremo probabilmente in grado di ottenere una riduzione del conflitto e dei sentimenti dolorosi e di indirizzare, per quanto possibile, verso l’espressione nel pensiero e nella fantasia conscia e preconsca ciò che prima non era tollerato vicino alla Coscienza.

**Dr. Carlo Anghinoni, 2012**

***Bibliografia***

- Freud S. :           Introduzione al narcisismo. Volume 7 (1914)
- Sandler J. :    La ricerca in psicoanalisi, Volume 1°. Il Super-Io, l'ideale dell'Io e altri Scritti. Bollati Boringhieri (1980)
- "            La ricerca in psicoanalisi, Volume 2°. Verso un nuovo Modello concettuale. Bollati Boringhieri (1981)
- Sandler J e A.M. :  
                          Gli oggetti interni. Una rivisitazione. Franco Angeli (2002)
- Sandler J., Dreher A.U. :  
                          Che cosa vogliono gli psicoanalisti? Raffaello Cortina (1997)
- Sandler J., Dare C., Dreher A.U., Holder A.:  
                          I modelli della mente di Freud – Franco Angeli (2001)
- Sandler J. e A.M. :  
                          Dai contenuti alla struttura. Evoluzione di un modello Psicoanalitico (Scritti di J. e A.M. Sandler 1969-1994)  
                          A cura di Paolo Coen Pirani Centro Studi Psicoterapia-  
                          Via Ariosto 6 – Milano (2003)