

Principi teorico-clinici della psicoterapia psicoanalitica

Rosario Di Sauro

- *L'inizio*

Nel 1898, Sigmund Freud scriveva il seguente resoconto clinico:

Certificato medico.

La signorina Mathilde S, di 27 anni, proveniente da un'ottima famiglia peraltro predisposta alle malattie nervose, di eccellente educazione e molto dotata, particolarmente in campo artistico, nel febbraio 1886 si ammalò di melanconia, con tutti i fenomeni di inibizione, autoaccuse e idee fisse melanconiche, ma senza allucinazioni o disturbi delle facoltà intellettive. Ne fu causa un grave turbamento, la rottura di una promessa di matrimonio fattale in passato. Dopo fasi alterne, costatate mentre la paziente era in cura presso di me, la malattia guarì nella primavera del 1889. Il periodo fino al luglio 1889 corrisponde a una pausa del trattamento. Dal luglio 1889 in poi andò sviluppandosi un'alterazione dell'umore di tipo maniacale, sempre più grave, che rende la malattia intrattabile. E' eccessivamente loquace, petulante, non sopporta le obiezioni, a cui reagisce con violenza, fa continui progetti sulla possibilità di valorizzare la sua voce, sull'esordio sulle scene e i conseguenti guadagni. Non è mai giunta a superare i limiti del suo sesso e della sua condizione, se non in episodi saltuari; decisiva invece, per il ricovero in clinica è la sua assoluta insubordinazione in famiglia: si teme che, in seguito a una condotta particolarmente stravagante in pubblico, possa compromettere il futuro che l'attende dopo l'eventuale guarigione. Soffre di insonnia, mangia pochissimo, e reagisce ai rimproveri con crisi convulsive di evidente na-

tura isterica, verificatesi peraltro anche durante la fase melanconica, e addirittura più frequenti durante la recente remissione.
Diagnosi: Alterazione dell'umore di natura ciclica.
Dott. Sigmund Freud Libero docente in malattie nervose presso l'Università".

Sicuramente al tempo in cui Freud scrisse questo resoconto la sua diagnosi era quanto mai veritiera.

Oggi non avremmo alcuna difficoltà ad identificare nei disturbi e nella sintomatologia della paziente un probabile disturbo di personalità borderline o quanto meno, in senso più generale, un disturbo di personalità.

Quello che Freud definì malattia intrattabile, in seguito determinò un profondo cambiamento, come precedentemente affrontato, all'interno della psicoanalisi, sia dal punto di vista teorico che clinico.

Proprio dalla trattabilità di queste sindromi, infatti, e da queste osservazioni cliniche e riflessioni teoriche, la psicoanalisi si andava evolvendo attraverso l'applicazione di un processo terapeutico di natura sicuramente più relazionale rispetto ad un modello della mente monadico (Di Sauro, 2006).

La conseguenza clinica fu che le malattie definite "intrattabili", da quel momento in poi furono patrimonio acquisito degli analisti creando, indirettamente, anche un viraggio metodologico nell'affrontare la cura psicoanalitica e restituendo, tra l'altro, alla valutazione clinica quel ruolo primario, sia di tipo diagnostico che prognostico, che dovrebbe precedere qualsiasi esperienza terapeutica.

- ***Una visione socioculturale dei disturbi di personalità***

Una delle patologie che maggiormente hanno usufruito di tali applicazioni, sono sicuramente i disturbi di personalità.

I disturbi di personalità, ed in particolar modo, quello borderline, hanno conosciuto negli ultimi anni una notevole notorietà.

Molti autori si sono interessati a queste problematiche e numerose sono le pubblicazioni al riguardo.

Sicuramente tra i tanti fattori che concorrono a definire tali sindromi, a parere di chi scrive, incide molto anche la trasformazione repentina e spesso alienante che la società postmoderna di oggi, in un certo senso, impone.

Con il venir meno di alcuni valori, quali, ad esempio, la solidarietà, l'amicizia, la condivisione sociale ecc., così come una minore significatività del ruolo educativo sia dei genitori sia degli insegnanti (Di Sauro, Bertì, 2006; Di Sauro, Manca, 2006), ed in ultima analisi la poca presenza di progetti di prevenzione primaria, si assiste sovente ad una sorta di disgregazione sociale e ad un'alienazione personale dove l'individuo si sente parte di una collettività solo in virtù di un processo consumistico e massificante.

Tale configurazione sociale lede fortemente il senso di identità del soggetto, determinando spesso l'incapacità di gestire in senso maturo la propria soggettività (Di Sauro, 2006).

Con queste affermazioni non si intende dire che le cause dei disturbi di personalità derivino solo da questi fattori sociali, è ovvio; semplicemente si esprime il concetto che tale contesto si offre in maniera inopportuna e inefficace, per l'aumento statistico di queste patologie, impedendo, in un certo qual senso, lo sviluppo della maturità dell'individuo.

Lo sviluppo psicologico dell'individuo, infatti, si attua nella sintesi misteriosa ed affascinante dell'unitarietà psicosomatica dell'uomo in stretta relazione con l'ambiente circostante.

In questa logica, se i processi di crescita sono sufficientemente adeguati, si svilupperà nella persona un senso di maturazione personale dove egli sarà in grado di interagire in modo autonomo nel confronto e nelle relazioni con gli altri.

- *Aspetti psicodinamici nell'evoluzione della soggettività*

La "capacità di essere solo", dunque, si delinea come uno dei segni più importanti di maturità nello sviluppo affettivo

(Winnicott, 1957, 1958, 1961, 1971, 1975); questa capacità, nel momento in cui l'individuo ne diventa consapevole, gli permette di essere in condizioni sicuramente positive nella costruzione delle relazioni con il mondo esterno.

Essa, del resto, nasce dall'elaborazione positiva delle prime relazioni oggettuali e si struttura grazie alla presenza di un sé coeso ed integrato.

La capacità d'essere solo, affrontando la questione con un linguaggio psicoanalitico, dipende naturalmente dall'esistenza di un oggetto buono nella realtà psichica dell'individuo: l'oggetto buono e le relazioni buone interiorizzate sono abbastanza strutturate e protettive tanto da rendere l'individuo fiducioso (Erikson, 1968, 1974, 1976) sia rispetto il presente che verso il futuro.

Il rapporto dell'individuo con i propri oggetti interni buoni, offre, quindi, di per sé, una sufficiente pienezza di vita.

Il senso di vuoto, invece, sperimentato da un individuo sofferente di un disturbo di personalità, può essere legato, soprattutto alla mancanza di oggetti interni che arricchiscono la sua vita interiore.

La maturità e la capacità d'essere solo implicano, pertanto, che il soggetto abbia avuto la possibilità di costruire la fiducia di sé e dell'esistenza attraverso un ambiente favorevole.

L'essere solo in presenza di un'altra persona, come sostiene Winnicott, si verifica in uno stadio molto precoce, quando, cioè, l'immaturità dell'Io è naturalmente e psicologicamente equilibrata dal sostegno all'Io fornito dalla madre, ma anche dal padre, come numerosi studi hanno evidenziato (Di Sauro, Bertì, 2006).

Con il passare del tempo, l'infante introietta la madre che dà sostegno all'Io ed in questo modo diventa capace di essere solo senza avere bisogno di far frequente riferimento a lei, se non attraverso la rappresentazione mentale di essa, tramite l'oggetto transizionale.

A questo punto il bambino diventa capace di dire "*Io sono solo*"; il che sostanzia un notevole sviluppo emotivo e una strutturazione dell'individuo come unità nella continuità dell'esistenza.

Agli inizi dell' "Io sono" l'individuo è grezzo, indifeso; egli, può realizzare tale stadio solamente perché esiste un ambiente che lo protegge, ambiente, cioè, fondamentalmente sano e favorevole.

Volendo parafrasare le concezioni teoriche winnicottiane, possiamo dire che il paziente con disturbo di personalità "non è". Soltanto quando è solo (in presenza di qualcun altro) l'infante, ed in seguito l'adulto, può scoprire la propria vita personale; l'alternativa patologica è una vita falsa costruita su reazioni agli stimoli esterni.

Diventano a questo punto fondamentali, secondo tutti gli autori che si occupano di *infant research*, le cure materne: tali studiosi, infatti, ritengono che l'infante non esista senza tali cure, o, come espresso in una famosa frase di D. Winnicott, "*non esiste bambino senza la madre*".

Queste cure comprendono l'*holding*, l'*handling* e l'*object presenting*.

L'*holding*, come a tutti è noto, consiste nel sostenere il bambino: sentirsi sostenuto significa non "cadere senza fine": facilita l'integrazione e la formazione di un confine di Sé.

L'*handling* consiste nel manipolare; ciò facilita la personalizzazione, cioè la capacità di "abitare" il proprio corpo, riconoscerlo come proprio.

L'*object presenting* consiste nella presentazione degli oggetti: laddove il bambino ha alcuni bisogni, la madre gli presenta gli oggetti che riescono a soddisfare tali bisogni.

Questi tre aspetti hanno a che fare con la responsività della madre ("*ambiente*", come evidenzia Winnicott), e favoriscono la costituzione del vero Sé del bambino, cioè il senso di sé, il senso della continuità della sua esistenza e la sensazione di consistenza.

La madre che svolge bene queste tre funzioni è definita da Winnicott "madre sufficientemente buona"; mentre l'assenza di questa dimensione affettiva, comporta quello che Winnicott (1969) conìò come "*falso Sé*".

Il falso Sé è un'identità vicaria basata sulla compiacenza e può avere la funzione di difendere il vero Sé; il comportamento

basato sulla compiacenza può avere lo scopo di potersi sentire qualcuno e di essere accettato.

- *La sfida e la formazione del futuro psicoterapeuta*

Per analogia, assumendone prospetticamente la dimensione teorica, possiamo riconoscere nell'attività della funzione terapeutica, il fondamentale contributo del terapeuta che consiste nell'esercitare il ruolo di "madre ausiliaria" – o padre ausiliario – in un momento in cui il paziente stesso ha bisogno di essere riconosciuto da qualcuno come persona e ha bisogno di quell'holding che gli è sempre mancato (Di Sauro, Pennella, 2005).

Sentendosi sostenuto, compreso, "contenuto" anche nelle sue emozioni più difficili da gestire, in un qualche modo il paziente con la collaborazione del terapeuta, attraverso il processo terapeutico, può cominciare ad "esistere".

Volendo forzare l'analogia, alla condizione terapeuta/genitore, in maniera speculare, corrisponde la formazione di un giovane psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico che si appresta ad affrontare l'entusiasmante, ma anche difficile, lavoro di psicoterapeuta (De Coro, 1997; Di Sauro, 1997, 2004).

Tale formazione, oltre a comportare l'apprendimento di tecniche e di capacità umane nella relazione con il paziente, necessita di un apprendimento delle teorie nell'evoluzione psicoanalitica.

La psicoterapia psicoanalitica, infatti, è in continuo mutamento, in particolare il filone cosiddetto delle relazioni oggettuali (Mitchell, 1993; Di Sauro, Pennella, 2005; Di Sauro, 2006). In breve, le grandi rivoluzioni operate da tale filone di pensiero sono state:

- il soppiantare, o comunque arginare, il modello istintuale per considerare l'uomo come mosso essenzialmente da esigenze relazionali anziché da istanze libidico-sessuali; bisogna riconoscere, tuttavia, che

il dibattito all'interno del mondo psicoanalitico su questo punto è particolarmente acceso e investe spesso riflessioni anche molto aspre (Bonaminio, Fabozzi, 2005);

- il riconoscimento di una capacità di relazione e di interiorizzazione delle relazioni già nel bambino piccolo;
- l'importanza, ai fini del funzionamento psicologico – normale e patologico – delle esperienze interpersonali infantili ma anche di quelle presenti (compresa la relazione terapeutica) in virtù di una certa quota di plasticità dei modelli relazionali appresi;
- la necessità di modificare l'approccio terapeutico secondo una prospettiva bipersonale, ponendo maggiore attenzione alla decodificazione dei processi relazionali – luogo privilegiato di espressione delle difficoltà psicologiche – e con il terapeuta che inserisce se stesso all'interno del sistema clinico coerentemente ad un paradigma processuale e co-costruttivo (Baranger, 1998; Lachmann, 2000; Di Sauro, 2004; Di Sauro, Pennella, 2005; Di Sauro, 2006).

L'apporto di tali contributi ha portato inevitabilmente alla rivisitazione e rielaborazione di concetti classici come il transfert e il controtransfert, l'inconscio e i meccanismi di difesa, l'atteggiamento terapeutico, etc.; in definitiva un cambiamento teorico di grande portata che ha avuto significative implicazioni per ciò che riguarda la teoria della tecnica e le tecniche di intervento, come cercheremo di evidenziare nel corso delle successive osservazioni presenti nel volume.

Possiamo racchiudere, in maniera comunque sommaria e come punto di partenza per la riflessione, nello schema seguente i principi fondamentali di queste acquisizioni.

Teoria	Teoria della tecnica	Tecniche
<p>Le precoci interazioni con le figure di accudimento producono schemi cognitivi ed affettivi di sé e degli altri capaci di influenzare i pensieri, le emozioni e il comportamento.</p> <p>Se tali schemi sono rigidi si hanno distorsioni oggettuali e del sé che possono portare alla psicopatologia; se sono flessibili si garantisce un migliore adattamento.</p>	<p>Il paziente tende a ripetere anche in terapia il modello relazionale disfunzionale tenendo conto della peculiarità della situazione e delle caratteristiche del terapeuta. La psicoterapia deve rendere consapevoli tali modelli o in altre parole rendere conscio l'inconscio sulla base di una alleanza terapeutica che renda ciò che si apprende cognitivamente ancora più significativo. La relazione d'aiuto, l'esperienza emotiva correttiva e l'aumentata comprensione di sé sono i fattori che promuovono il cambiamento terapeutico.</p>	<p>L'atteggiamento terapeutico (empatia nel senso di coinvolgimento, comprensione, spontaneità) è lo sfondo costante dell'esercizio di interventi tecnici specifici: domande, riformulazioni, chiarificazioni, confronti, interpretazioni.</p>

Schema n.1. **Le coordinate principali del modello di riferimento in psicoterapia psicoanalitica**

- ***La personalizzazione formativa (una plausibile conclusione)***

Il riferimento al modello principale non elimina comunque la possibilità di personalizzare e rielaborare creativamente l'attuale sintesi relativa alla psicoterapia psicoanalitica, fermo restando l'obbligo scientifico di considerare l'eventuale prodotto sempre ipotetico, da verificare e da sottoporre a nuove e più opportune elaborazioni.

La personalizzazione formativa può essere considerato un aspetto inevitabile nel processo formativo, anzi sembra essere una precisa tappa dello sviluppo professionale in cui:

lo psicoterapeuta va lasciando spazio, nella propria attività terapeutica, alle proprie caratteristiche e potenzialità, alla propria equazione personale; adatta le conoscenze teoriche e la formazione operativa alla propria personalità e, in conseguenza, il suo modo di agire diventa sempre più personale e autonomo (Foglio Bonda, 1992, pag.326).

La fase professionale è quella in cui ciò che è appreso dovrebbe essere filtrato e coniugato in maniera consapevole e costruttiva alla propria soggettività intesa come complesso di caratteristiche di personalità e insieme mutevole delle proprie peculiari esperienze ed è la fase a cui potrebbe seguire quella, meno scontata, della rielaborazione creativa: dopo aver accumulato anni di studio, esperienze e tentativi di elaborazioni personali si accede al cosiddetto livello espressivo e del confronto, in cui il terapeuta ha raggiunto una formulazione teorica originale e personale della propria prassi terapeutica ed è in grado di presentarla anche a colleghi e metterla a confronto con altri modelli.

La formazione all'interno della Scuola SIRPIDI, viste le sfaccettature ed anche le peculiarità dei didatti, offre la possibilità di iniziare un personale lavoro di sintesi teorica – un tentativo di personalizzazione del modello di riferimento più generale – che dovrebbe portare ad affrontare le prime esperienze di psicoterapia avendo in mente il quadro teorico riportato nello schema n.2.

Quando	Perché	Come
Prima fase: la consulenza	Conoscenza: diagnosi e prognosi.	Psicologia clinica es. L'analisi della domanda (Carli,1993); Riferimenti diagnostici es. DSM IVr; Modello delle relazioni oggettuali es. concetti di empatia e alleanza.
Seconda fase: Il trattamento	Comprensione: analisi del modello relazionale disfunzionale e radici genetiche	M.d.r.o. es. il triangolo di Menninger, il CCRT (Luborsky L. 1989);

Terza fase: La conclusione	Cambiamento	M.d.r.o. es. rielaborazione della «esperienza emotiva correttiva»;
Dove : Il setting, fattore da considerare secondo i riferimenti della Psicologia Clinica		

Schema n.2 Personalizzazione del modello teorico

Bibliografia

- BARANGER, W., M. (1990), *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Cortina, Roma.
- BONAMINIO, V., FABOZZI, F. (2005), *Quale ricerca per la psicoanalisi?*, Franco Angeli, Milano.
- DE CORO, A. (1991), *Definizione e verifica del cambiamento nella psicoterapia psicoanalitica. Orientamenti di ricerca*, in Gentili, P. (a cura di), *Il cambiamento terapeutico: modelli verifica e tecniche*, Borla, Roma.
- DI SAURO, R. (2002), *L'importanza della valutazione clinica nella psicoterapia psicoanalitica*, in *Psicologia clinica e psicoterapia psicoanalitica*, Città Nuova, Roma.
- DI SAURO, R. (2004), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica*, in PENNELLA A.R. (a cura di), *Il confine incerto: teoria e clinica del disturbo borderline*, Edizioni Kappa, Roma.
- DI SAURO, R., PENNELLA, A.R. (2005), *La metafora terapeuta genitore*, in PENNELLA, A. R. (a cura di), *Realtà e rispecchiamento*, Edizioni Kappa, Roma.
- DI SAURO, R., MANCA, M. (2006), *Il bullismo come fenomeno di gruppo*, Edizioni Kappa, Roma.
- DI SAURO, R. (2006), *Dove va la psicoanalisi? Ovvero teorie sui cambiamenti e teoria del cambiamento e dell'agire terapeutico*, in *Quaderni Sirpidi*, vol 3, Aracne, Roma, pp. 3-39.
- DI SAURO, R., BERTIE', S. (2006), *La genitorialità percorsi di crescita e fattori di rischio psicopatologico*, Aracne, Roma.

- ERIKSON, E.H. (1968), tr. it., *Introspezione e responsabilità*, Armando Roma.
- ERIKSON, E. H. (1974), tr. it., *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma.
- ERIKSON, E. H. (1976), tr. it., *Infanzia e società*, Armando, Roma.
- FOGLIO BONDA, P.G. (1991), *Il cambiamento in psicoterapia psicoanalitica*, in Gentili, P. (a cura di), *Il cambiamento terapeutico: modelli, verifica e tecniche*, Borla, Roma, pp. 326.
- FREUD, S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, Boringhieri, Torino.
- FREUD, S. (1922), *L'Io e l'Es*, in OSF, vol. X, Boringhieri, Torino.
- FREUD, S. (1926), *Inibizione, sintomo e angoscia*, OSF, vol. XI, Boringhieri, Torino.
- GRASSO, M. (2004), *Sul rapporto tra assessment e trattamento alla luce del contributo di Otto Kernberg*, in Pennella, A. R. (a cura di), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline*, Ed. Kappa, Roma, pp. 79-109.
- LACHMANN, F.M. (2002), *La ricerca empirica sul bambino: un contributo alla psicoanalisi dell'adulto*, in *Gli Argonauti*, 92, CIS Editore, pp. 1-19.
- MITCHELL, S.A. (2000), tr.it., *Il modello relazionale, dall'attaccamento all'intersoggettività*, Cortina, Roma.
- WINNICOTT, D.W. (1957), *Il contributo dell'osservazione diretta del bambino alla psicoanalisi*, trad. it. in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma, 1969.
- WINNICOTT, D.W. (1958), *La preoccupazione materna primaria*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, trad. it. Martinelli Editore, Firenze, 1961.
- WINNICOTT, D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, trad. it. Armando Editore, Roma, 1969.
- WINNICOTT, D.W. (1971), *Gioco e realtà*, trad. it. Armando Editore, Roma, 1975.