

**IL TIROCINIO A GRADIVA:
APPUNTI E CONTRIBUTI DI CLINICA
PSICOANALITICA E PSICODINAMICA PER
GLI PSICOLOGI DEL FUTURO E PER LA PPV
Gradiva
Istituto per la Ricerca in Psicoanalisi**



Anno 2026, a cura di Matteo Alessi

immagine in copertina, “Porta sul deserto verso la luna”, generata da ChatGPT

Questo libro di circa centoventi pagine nasce casualmente dall'unione del materiale che ho prodotto a computer nei mesi di marzo e aprile 2026 per prepararmi all'esame orale della PPV rispetto al mio tirocinio post lauream che ho svolto a Gradiva. La sessione della PPV a cui ho partecipato è stata la prima dell'anno 2026 all'Università degli Studi di Padova. Questo volumetto si caratterizza per uno stile sintetico: tale scelta è stata orientata rispetto agli obiettivi di efficientamento dello studio e di superamento dell'esame della PPV (per conseguire l'abilitazione alla professione di psicologo). In questo scritto sono illustrati i principali costrutti teorici psicoanalitici e psicodinamici che potrebbero essere richiesti più frequentemente dalle commissioni PPV ai candidati alla prova: dal transfert, alle libere associazioni, all'Edipo, passando per il sogno e la psicosomatica. Vengono inoltre illustrate le coordinate teoriche essenziali dei principali modelli psicoanalitici e psicodinamici (Freud, Jung, Bion, Klein, Lacan). Dunque, i temi trattati sono stati scelti come sintesi dei principali riferimenti teorici e operativi che possono servire tanto al tirocinante che si prepara alla prova di abilitazione quanto al professionista psicologo (ad orientamento psicodinamico e non) che ricordiamo essere sempre tenuto allo studio e al ripasso dei riferimenti teorici ed operativi, nonché alla formazione e all'aggiornamento permanente. In questo libro vengono illustrati anche strumenti (standardizzati e non, self report e clinician report) utilizzati in clinica psicodinamica, sia in chiave psicodiagnostica, sia per accedere al mondo inconscio dei pazienti, tra cui: il PDM-2 e la SWAP-200, il Gioco della Sabbia, il test di Rorschach e il Test T.A.T.. Per quanto riguarda la diagnosi psicodinamica è presente una sezione dedicata a "La diagnosi psicoanalitica" di Nancy McWilliams: meccanismi di difesa, livelli di funzionamento e stili della personalità. Per una trattazione più approfondita degli elementi trattati in questo lavoro si rimanda ai testi e agli articoli presenti nella bibliografia.

Questo lavoro nasce da:

- 1) gli appunti che ho preso a lezione nei vari corsi universitari che ho frequentato alla Triennale di Firenze (Scienze e Tecniche e Psicologiche) e soprattutto alla Magistrale di Padova in Psicologia Clinico-dinamica. Ma anche qualche appunto che ho annotato nel 2023 e nel 2025 nelle due esperienze di tirocinio a Gradiva;
- 2) i manuali di clinica psicoanalitica e psicodinamica (vedasi bibliografia) che hanno contribuito, con la loro lettura e il loro studio, alla mia formazione durante il percorso universitario tra Firenze e Padova.

ATTIVITA' E COMPETENZE SPERIMENTATE DURANTE IL TIROCINIO

Obiettivi e modalità del tirocinio presso l'**Istituto Gradiva** (tutte le attività indicate vengono svolte sotto la supervisione del tutor psicologo): Acquisire competenze professionali nel campo psicologico-clinico, creando un legame tra teoria e pratica. Imparare a gestire il colloquio clinico e progettare interventi mirati sia per l'individuo che per il contesto familiare. Sviluppare abilità nella diagnosi e collaborare efficacemente con colleghi, professionisti della salute e istituzioni. Promuovere la consapevolezza professionale, rispettando l'etica e la deontologia. Familiarizzare con strumenti diagnostici e di valutazione come sabbiera. Condurre colloqui, raccogliere dati anamnestici, acquisire competenze per progettare interventi psicologici individuali e mirati al contesto specifico del paziente. Particolare importanza sarà data all'approfondimento delle norme etiche e deontologiche, nonché alla formazione continua sul comportamento professionale. Il tirocinante sarà accompagnato in attività di gruppo, di laboratorio e individuali. Questo faciliterà l'acquisizione e l'approfondimento delle competenze necessarie per esercitare la professione. Queste competenze comprendono: la valutazione diagnostica del caso e del contesto; la conduzione del colloquio; la valutazione dei sintomi nel contesto del funzionamento psicologico e della personalità; la progettazione di interventi basati su una consapevolezza scientifica e critica. Sviluppo della sensibilità all'ascolto; esperienza e confronto con casi e situazioni della pratica clinica; utilizzo degli strumenti necessari per una formazione psicologica approfondita (come transfert e contro-transfert, funzioni del sogno e della fantasmatica). Laboratori e gruppi di ricerca, simulazioni di colloqui clinici. I tirocinanti saranno anche introdotti al lavoro con la sabbiera, in prospettiva di orientamento diagnostico e come modalità comunicativa nell'ambito della relazione, in particolare con bambini. La prospettiva teorica nella cui cornice si inserisce l'attività clinica può definirsi "rappresentazionale", il che include in modo critico-trasversale i contributi fondamentali degli sviluppi freudiani (Freud, Klein, Winnicott, Bion) nonché lo studio del simbolismo e degli aspetti culturali e rituali (ad es. Jung) nel cui ambito il soggetto umano prende vita. Verranno discusse le modalità del colloquio, più strutturato o in modalità aperta alla libera associazione, le dinamiche di transfert e contro-transfert, nelle varie accezioni, fondamentali anche nella preparazione dello psicologo e non soltanto dello psicoterapeuta. Le differenze dell'orientamento diagnostico psicodinamico rispetto a quello statistico-descrittivo psichiatrico. L'importanza del mondo psichico nelle sue dimensioni rappresentazionali, oniriche e deliranti.

BREVISSIME LINEE GUIDA PER UN DISCORSO SUL "MODELLO" NELLA
PROSPETTIVA DELL'ISTITUTO GRADIVA - PAG. 1

CAPITOLO 1: ELEMENTI DELL'ESPERIENZA PSICOANALITICA CHE
POPOLANO, CARATTERIZZANO E GOVERNANO IL COLLOQUIO CON IL
PAZIENTE - PAG. 3

Fasi del colloquio e anamnesi - pag. 3

Libere associazioni e regola fondamentale - pag. 6

Regole del setting, numero delle sedute - pag. 7

Attenzione fluttuante - pag. 8

Freddezza del chirurgo, astinenza e neutralità, capacità negativa - pag. 8

Pensiero e parola in psicoanalisi - pag. 9

Regressione e setting - pag. 11

Transfert - pag. 12

Controtransfert - pag. 14

Inconscio e topiche, inconscio collettivo e archetipi - pag. 16

Pulsione - pag. 18

Oggetto e relazioni oggettuali - pag. 21

Reverie (materna) e funzione α (alfabetizzazione) - pag. 23

Fantasmatica - pag. 25

Interpretazione - pag. 25

Frustrazione - pag. 27

Il sogno - pag. 27

Il trauma - pag. 33

Coazione a ripetere - pag. 34

Sviluppo psicosessuale freudiano - pag. 34

Fase edipica - pag. 36

Il sintomo in psicoanalisi - pag. 38

La psicosomatica in psicoanalisi - pag. 39

Il modello lacaniano - pag. 45

CAPITOLO 2: DIAGNOSI, TRATTAMENTO, CAMBIAMENTO DEL PAZIENTE
E SUPERVISIONE - PAG. 48

Perché la diagnosi? - pag. 48

Funzionamento della personalità in tre livelli di funzionamento - pag. 49

Meccanismi di difesa - pag. 53

Stili di personalità - pag. 60

Cosa portarsi a casa con la diagnosi? - pag. 79

Trattamenti psicodinamici: continuum espressivo-supportivo - pag. 79

Obiettivi della psicoterapia psicodinamica - pag. 80

Il cambiamento nel paziente - pag. 82

La supervisione - pag. 84

CAPITOLO 3: GLI STRUMENTI -PAG. 86

Il PDM-2 - pag. 86

Strumenti di valutazione derivati dal PDM-2: la SWAP-200 - pag. 94

Test psicologici standardizzati per la valutazione dell'asse M, da utilizzare insieme/al posto della SWAP-200 - pag. 95

Il PDM-3 - pag. 98

Test non standardizzati: la sabbiera nell'analisi junghiana - pag. 100

I test proiettivi - pag. 104

Il test di Rorschach (fondamenti)- pag. 108

Test proiettivo T.A.T. - pag. 114

CAPITOLO 4: CRITICHE E LIMITI DELLA PSICOANALISI - PAG. 117

BIBLIOGRAFIA - PAG. 119

BREVISSIME LINEE GUIDA PER UN DISCORSO SUL "MODELLO" NELLA PROSPETTICA DELL'ISTITUTO GRADIVA

Sebastiano Tilli

Pensare di avere "un" modello teorico di riferimento è un blindarsi dietro una sorta di ideologia. Nel nostro ambito può considerarsi una posizione di difesa e, come tale, anti-psicoanalitica. Caso mai non si tratta propriamente di "modelli", ma di "orientamenti", sulla base anche di una certa visione dell'essere umano. Il nostro orientamento persegue una visione "rappresentazionale", secondo una linea critica che parte da Freud, anche nella rivisitazione di Lacan, include contributi delle relazioni oggettuali (Melanie Klein - Donald Meltzer - Wilfred Bion, in particolare), di Winnicott per taluni aspetti (il *transizionale*), ed anche di Carl Jung per quanto concerne il suo grande contributo verso un allargamento culturale alle rappresentazioni simboliche dell'immaginario e archetipiche.

Il concetto di "rappresentazionale" prende spunto e per alcuni aspetti si può accostare alle ricerche e sviluppi del lavoro di Joseph Sandler e di coloro che si sono mossi in analoghe direzioni (dei quali accludo una ristretta scelta bibliografica), ma per noi attraversa trasversalmente e in modo critico i contributi più significativi di vari autori, che mantengono viva una certa concezione del soggetto umano. Questo "filo rosso" (l'orientamento rappresentazionale) può, all'occasione, essere considerato un "modello", ma in senso ampio e nella logica di una *complessità* (E. Morin).

Molto sinteticamente possiamo considerare il soggetto umano, a partire da Freud, come sospeso fra l'illusione di un "Io" (rispecchiamento e relazione immaginaria all'altro – narcisismo), l'investimento pulsionale di "oggetti parziali" (fissazione e/o regressione), l'assoggettamento al *simbolico* (per effetto del nascere nel campo del linguaggio), e il ruolo del desiderio (inesauribile e irrealizzabile) nel tentativo di colmare la mancanza strutturale dell'essere, sotto la spinta dell'angoscia - il "motore dell'io" (Freud).

La posta in gioco, paradossale, nell'analisi, è dunque per il soggetto un orizzonte di "libertà" nel suo stesso riconoscersi non libero.

Questa prospettiva (che potremmo dire critico-trasversale) si è approfondita nel tempo, e nello sviluppo di uno stile nella pratica clinica, a partire dalla fondazione dell'Istituto Gradiva (Gennaio 1985), in virtù della formazione in più campi dei suoi fondatori e del costante lavoro di formazione permanente, fra gli stessi e con allievi che si sono succeduti negli anni.

Ne deriva in generale una clinica non dogmatica, sulla base di una formazione per quanto possibile libera da schemi teorici limitanti e difensivi e dai vari appoggi "ideologici" che prosperano da sempre in questo campo.

- In particolare nel "Teatro della sabbia" (su cui verteva una domanda del Dott. Denis Bartolini), al di là dello stile di chi lo esercita, il lavoro si svolge in tale prospettiva di rappresentazione, che si rapporta ai vari livelli simbolici della composizione proiettiva, compresa la componente del transfert. -

PRINCIPALI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI di Autori di Gradiva (nell'ambito di un orientamento rappresentazionale in psicoanalisi).

S.A. Tilli, *Al di là del principio di guarire - Riflessioni sulla cura, la psicoanalisi, la formazione analitica*, (Prefazione Pierfrancesco Galli), Edizioni ETS, Pisa 2001.

S. Caluori, S.A. Tilli, *Una psicoanalisi che cammina da sola - Appunti critici sul sintomo, l'inconscio, la rappresentazione*, Edizioni Del Cerro, Pisa-Tirrenia 2011.

S. Caluori, S.A. Tilli, *Il disagio e la cura - Scritti di psicoanalisi laica*, Edizioni ETS, Pisa 2014.

Inoltre: saggi e articoli di M. Caluori, S. Caluori, P. Cammunci, A. Gasparini, S. Lelli, R. Marchi, S.A. Tilli, nella Collana Rappresentazioni – Studi psicoanalitici, Edizioni ETS, Pisa.

ALCUNI ORIENTAMENTI BIBLIOGRAFICI per un "modello" rappresentazionale.

E. Funari, *La rappresentazione*, Cortina, Milano 1984.

J. Lacan, Il Seminario, Libro X, *L'angoscia* – 1962-63, Einaudi, Torino 2007.

N. Nikolaïdis, *La rappresentazione*, Boringhieri, Torino 1988.

J. Sandler, *La ricerca in psicoanalisi*, Boringhieri, Torino 1981.

J. Sandler, L'inconscio e il mondo rappresentazionale, trad. it. In M. Ammaniti, D.N. Stern, *Rappresentazioni e narrazioni*, La Terza, Roma-Bari 1991.

J. Sandler, W.G. Joffe, Verso un nuovo modello psicoanalitico, in J. Sandler, *La ricerca in psicoanalisi* (cit.).

J. Sandler, B. Rosenblatt, Il concetto di mondo rappresentazionale, in J. Sandler *La ricerca in psicoanalisi* (cit.).

D.W. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1996.

CAPITOLO 1: ELEMENTI DELL'ESPERIENZA PSICOANALITICA CHE POPOLANO, CARATTERIZZANO E GOVERNANO IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

Fasi del colloquio e anamnesi

Il colloquio è lo strumento che utilizziamo per comprendere la realtà psichica del paziente (Semi, 1985). Di seguito vengono illustrate le fasi del primo colloquio secondo Semi e gli elementi da raccogliere per condurre un'anamnesi del paziente (che può estendersi anche ai primi colloqui):

- 1) **INIZIO E RICONOSCIMENTO**: riguarda la presentazione formale dello psicologo.
- 2) **FASE LIBERA**: una volta fatto accomodare il paziente nello studio basterà una frase breve per invitarlo a parlare. Più breve è la frase e in genere meno errori si fanno: è infatti fondamentale tenere presente che, nonostante le informazioni preliminari, ciò che all'inizio del trattamento sappiamo del paziente è quasi zero. Può essere utile partire dal raccogliere la domanda di psicoterapia del paziente (che ha motivato la sua presenza nel nostro studio), indagando il motivo per il quale richiede il colloquio. In genere un paziente può cominciare a parlare del sintomo che lo ha portato a rivolgersi a noi, può iniziare a parlare del suo ambiente (lavoro, famiglia, scuola), può iniziare a parlare di sé raccontando la sua storia (Semi, 1985). Nella fase libera del colloquio fa parte anche l'**ANAMNESI CLINICA**. Scopo dell'anamnesi è la raccolta di informazioni cliniche per una possibile diagnosi. Secondo la McWilliams l'anamnesi si compone di: DATI DEMOGRAFICI, PROBLEMI ATTUALI, STORIA PERSONALE e STATO MENTALE del paziente. In particolare, per una buona anamnesi, bisogna raccogliere informazioni su: nome, età, sesso, etnia, fonte dell'invio, principali criticità del paziente e teroie personali sulla loro origine/insorgenza, storia di questi problemi, chiedere perché il paziente richiede proprio ora una terapia, vita sociale, scolastica e lavorativa, situazione familiare attuale, situazione familiare d'origine, eventuali traumi, eventi stressanti o esperienze potenzialmente disturbanti vissuti negli anni dal paziente, dati relativi alle malattie organiche, ricoveri ospedalieri, assunzione di psicofarmaci, presenza di disturbi di natura psicologica/psichiatrica nella vita passata del paziente, psicoterapie pregresse, aspetto fisico, umore, esame di realtà (McWilliams, 2012). Circa il contenuto del colloquio si deve badare a:

come soggetto ricorda il suo passato, le motivazioni che adduce alla ricerca di un aiuto psicologico, il modo con cui si pone di fronte al futuro, la consapevolezza o meno del suo disagio psichico e alle strategie con cui lo gestisce (Castellazzi, 2000).

13. Lo schema e le modalità di stesura del referto

Il referto deve fornire gli elementi essenziali che permettano di delineare un profilo psicodiagnostico il più possibile completo.

Ciò comporta i seguenti passaggi:

- Dati anagrafici.
- Motivazione, per cui è stata richiesta la psicodiagnosi.
- Elenco degli strumenti psicodiagnostici utilizzati.
- Ambiente familiare e socio-culturale.
- Intelligenza.
- Interessi.
- Socialità.
- Struttura della personalità (Es, Io, Super-Io, Ideale dell'Io e Io ideale).
- Meccanismi di difesa.
- Relazione oggettuale.
- Affettività.
- Sessualità.
- Risorse dell'Io e quelle ambientali.
- Eventuali patologie organiche e/o psichiche e la loro incidenza sulla vita del soggetto in esame.
- Valutazione clinica finale fondata sulla evidenziazione della convergenza degli indici intra-test, inter-test e extra-test.³⁹
- Prognosi.

(Castellazzi, 2000).

- 3) **RIFORMULAZIONE:** in questa fase del colloquio si riprendono i contenuti salienti dei dati raccolti per attivare un'amplificazione associativa su contenuti affettivi (emozioni, ricordi, rappresentazioni, metafore, fantasie, desideri, sogni, ecc...). In particolare, a differenza di un'interpretazione, la riformulazione - soprattutto al primo colloquio - intesse dei nessi tra degli argomenti assai superficiali (non conosciamo abbastanza il paziente e la sua realtà psichica per addentrarci in profondità). Per Semi al primo colloquio la riformulazione viene usata sia come test di tolleranza allo stop nel momento in cui lo psicologo interrompe il discorso del paziente, sia come strumento per valutare come reagisce il cliente ad un commento dell'analista (Semi, 1985).

- 4) **FORMULAZIONE DI UN'IPOTESI DI LAVORO:** il primo fondamentale scopo dei primi colloqui è quello di conoscere chi è il paziente e capire se lo possiamo prendere in cura, che tipo di trattamento gli si può offrire, se gli consigliamo di rivolgersi ad un altro collega terapeuta spiegandogli le motivazioni di questa ultima proposta, se gli proponiamo un'altro colloquio conoscitivo (o più di uno). Nel caso in cui si accetti di rendere in cura il paziente va formulata un'ipotesi di lavoro e bisogna descrivere al cliente modalità, obiettivi, tempistiche, costi della psicoterapia (Semi, 1985).
- 5) **CONCLUSIONE:** in questa fase si dichiara concluso il colloquio, il paziente paga lo psicologo e ci si saluta (Semi, 1985).

Il colloquio si svolge all'interno di un quadro di riferimento teorico e di un setting rigoroso dove lo psicologo: controlla continuamente la relazione che si va instaurando, analizza il linguaggio verbale dell'interlocutore, analizza i contenuti che emergono, modula il grado di vicinanza psichica, stabilisce il tempo di inizio e di chiusura del colloquio. Un problema tipico del colloquio riguarda infatti la giusta distanza psichica da mantenere, la quale può oscillare lungo un continuum che va dal coinvolgimento totale fino all'allontanamento emotivo. Si tratta infatti di riuscire a stabilire un contatto con il soggetto, di metterlo a suo agio, di attenuare le sue resistenze, e condurlo senza scosse verso zone conflittuali nella sua personalità. Ciò comporta da parte del clinico una grande disponibilità di ascolto nel colloquio psicodiagnostico. Pertanto ciò che è importante per il clinico non è tanto che cosa dire al soggetto che ha di fronte, quanto invece come ascoltarlo. In ambito clinico, ascoltare l'altro significa innanzitutto riconoscere la sua presenza fisica e saper accogliere, contenere e curare il suo mondo interno, restituendoglielo alleggerito dalle angosce, migliorato, arricchito e più gestibile (Castellazzi, 2000).

Libere associazioni e regola fondamentale

Definizione di regola fondamentale/associazione libera: regola che struttura la situazione analitica: l'analizzato è invitato a dire ciò che pensa e prova senza scegliere, né omettere nulla di ciò che gli viene in mente, anche se ciò gli sembra sgradevole da comunicare, ridicolo, privo di interesse o fuori posto (Laplanche & Pontalis, 1967).

Per Semi il metodo delle libere associazioni è il metodo fondamentale della psicoanalisi, quello che intercorre nella relazione terapeutica e che sta alla base del pensiero psicoanalitico e metapsicologico. Fin dall'elaborazione del costrutto teorico da parte di Freud, il metodo deve essere applicato a qualsiasi tipo di attività psicoanalitica e deve essere considerato una sorta di terzo in analisi. Il fenomeno mentale delle libere associazioni consiste nell'esistenza di un legame tra una percezione e un ricordo, il quale ricordo conquista la coscienza perché collegato a quella percezione e perché veicola un affetto. La regola consiste nel sospendere il giudizio su quel che viene in mente, nell'osservare accuratamente tutto ciò che passa per la testa e nel riferirlo senza censurarlo, saltando liberamente di palo in frasca ed evitando la ricerca di coerenza logica del discorso. In tal modo idee e sentimenti apparentemente illogici appaiono un po' alla volta e si può fare esperienza di altri tipi di logica che regolano il nostro pensiero. I contenuti veicolati attraverso il metodo sono idee concatenate tra loro da vincoli non sempre logici e collegate a materiale ideativo ed affettivo di differente tipo - fantasie, ricordi, sogni. La peculiarità delle libere associazioni è quindi quella per cui fanno affiorare alla coscienza del paziente idee apparentemente non pertinenti e improvvise (Semi, 2011).

Le libere associazioni permettono inoltre di far affiorare un'importante esperienza infantile, un sentimento tormentoso o un desiderio ancora non espresso consciamente (Castellazzi, 2000). Nella conduzione del colloquio è molto importante che la regola della libera associazione venga comunicata all'inizio del trattamento, in occasione del primo colloquio: anzi la regola va prescritta (Semi, 2011).

“il successo della psicoanalisi dipende dal fatto che egli osservi e comunichi tutto ciò che gli passa per la mente e non sia tentato di sopprimere un'idea perché gli sembra insignificante o non pertinente un'altra perché gli sembra assurda: che deve comportarsi con tutta imparzialità nei confronti di ciò che gli viene in mente” (Freud, 1899).

Dunque senza l'applicazione del metodo delle libere associazioni il paziente può perdere il controllo o innalzare moltissimo il muro delle difese. Difatti il metodo freudiano si pone l'obiettivo di provare a rendere accessibile l'inconscio alla coscienza: ossia cerca di creare una maggiore permeabilità della barriera tra inconscio e conscio mediante il superamento delle resistenze che si oppongono all'accesso alla coscienza di contenuti sgradevoli o condannabili. Queste resistenze si possono sperimentare e poi cercare di superare mediante le libere associazioni che mostrano la comparsa e l'omissione di idee trascurate perché la comunicazione riesce imbarazzante (lezioni Marogna, 2022).

Di seguito elenchiamo gli elementi da raccogliere al primo colloquio per valutare l'applicabilità della libera associazione, secondo Semi (1986):

- L'andamento del discorso;
- La capacità di tollerare uno slittamento o una deviazione del discorso;
- La possibilità di tollerare di non sapere o di non trovare risposte a domande (magari in maniera immediata);
- La presenza di uno stile del discorso logico-razionale.

Semi (1986) consiglia di affrontare un paio di colloqui iniziali con il paziente per valutare:

- La possibilità di utilizzare il metodo delle libere associazioni
- Una considerazione diagnostica e prognostica
- Un bilancio interiore sul significato che ha per noi la nostra disponibilità (o meno) a quest'analisi
- Analizzare COME il paziente utilizza la libertà di dire ciò che gli passa per la testa in quel momento

Regole del setting, numero delle sedute

Gli intervalli tra le sedute non sono solo occasione di rielaborazione del materiale costituitosi durante gli incontri, ma soprattutto occasione di ristabilimento delle difese dell'Io contro il materiale proibito/visto/intravisto in seduta. In psicoanalisi, rispetto alla quantità di sedute, è necessaria la creazione di un ritmo settimanale di sedute che permetta di osservare via via le difficoltà di collegamento tra le sedute, l'insorgere di resistenze e difese e lo svilupparsi del transfert: dunque maggiore è il numero di sedute, maggiore è la possibilità di osservare tutti questi procedimenti in atto (lezioni Marogna, 2022). Per Semi tutto l'insieme di regole (onorario, orari e frequenza delle sedute, non conoscenza preliminare dell'analista, etc), ha il senso di creare una

condizione perché la regola fondamentale della psicoanalisi, ovvero la regola delle libere associazioni, possa ottenere i suoi effetti (Semi, 2011).

Attenzione fluttuante

Definizione di attenzione fluttuante: modo in cui, secondo Freud, l'analista deve ascoltare l'analizzato: egli non deve privilegiare a priori nessun elemento del discorso dell'analizzato, il che implica che egli deve lasciar funzionare il più liberamente possibile la propria attività inconscia e sospendere le motivazioni che dirigono abitualmente l'attenzione. Questa raccomandazione tecnica costituisce il corrispondente simmetrico della regola della libera associazione che si propone all'analizzato (Laplanche & Pontalis, 1967).

L'attenzione fluttuante è il corrispettivo nella mente dell'analista della libera associazione del paziente: in quanto l'attenzione dell'analista deve fluttuare parallelamente ed in sintonia con il fluttuare associativo del paziente (lezioni Lauro Grotto, 2017; lezioni Mangini, 2021; Laplanche & Pontalis, 1967). L'attenzione fluttuante prevede che il terapeuta lasci entrare dentro di sé gli stimoli provenienti dal paziente, senza fare attenzione specifica ad alcuno di essi, sospendendo il giudizio cosciente (di tipo morale e sulla coerenza delle associazioni) e il ragionamento logico-razionale su questi stimoli (Semi, 2011). Siccome è impossibile escludere dalla mente dell'analista una certa attività di giudizio e ragionamento, Semi raccomanda di osservare la regola della freddezza del chirurgo e il proprio controtransfert (es: desiderio di voler causare nell'immediatezza un miglioramento al paziente). L'attenzione fluttuante è discontinua dal momento che l'analista durante il colloquio si interrompe per dire qualcosa e viene meno tutte le volte in cui l'analista giudica o entra nel merito di elementi della realtà esterna del paziente e della sua vita (in questo caso l'analista è in balia del proprio controtransfert e la propria attenzione non fluttua più) (Semi, 2011).

Freddezza del chirurgo, astinenza e neutralità, capacità negativa

Definizione di astinenza: principio secondo cui la cura analitica deve essere condotta in modo che il paziente trovi il minimo possibile di soddisfacenti sostitutivi dei suoi sintomi. astenersi dal soddisfare le richieste del paziente dallo svolgere i ruoli che questo tende a imporgli (Laplanche & Pontalis, 1967).

Definizione di neutralità: l'analista non deve dirigere la cura in funzione di ideali religiosi, morali e sociali, deve essere neutro rispetto al transfert e neutro quanto al discorso dell'analizzato, cioè non deve privilegiare a priori, in base a pregiudizi teorici, un certo frammento o un certo significato (Laplanche & Pontalis, 1967).

Per Freud la freddezza del chirurgo è la capacità dell'analista di osservarsi e riuscire a distinguere quali affetti sono i propri e quali affetti appartengono al paziente, evitando la confusione caotica delle due dimensioni (Semi, 2011). Il termine astinenza ha a che fare con l'evitare di portare nella relazione analitica elementi di sé (del terapeuta) in modo indiscriminato: cioè astenersi a inondare la relazione terapeutica con cose che riguardano se stessi. Questo però non vuol dire che si verifichi un'astinenza completa (terapeuta imbalsamato e privo di risonanze emotive e contenuti). Ad ogni modo il nodo centrale del tema dell'astinenza è quello di lasciare il campo al materiale portato dal paziente: quindi l'astinenza è anche una caratteristica dell'ascolto analitico. Con il termine neutralità si intende la dimensione di non scegliere a priori nessuno dei contenuti che il paziente porta come rilevante e controllare l'elemento di giudizio. La capacità negativa, costrutto elaborato da Bion, è la capacità di resistere all'interno di una situazione in cui il terapeuta sperimenta percezioni di caos e confusione spiacevoli e dolorose. Per Bion l'analista che attiva la capacità negativa deve astenersi dall'intraprendere soluzioni evacuative: ossia soluzioni che servono a liberarsi del disagio senza capire che cosa sta veramente succedendo al paziente. A un certo punto della terapia, nella capacità negativa del terapeuta, emerge un qualcosa (un cosiddetto Fatto Scelto per Bion) che attira l'attenzione e che ci fa passare da una situazione di disordine ad una di ordine emergente - difatti per Bion la capacità negativa è funzionale alla formazione di una nuova idea (precedentemente non disponibile nella mente del terapeuta) (lezioni Lauro Grotto, 2017).

Pensiero e parola in psicoanalisi

In psicoanalisi diamo una connotazione del pensiero come di qualcosa di molto distante dall'attività logico-razionale con la quale di solito definiamo il pensiero in altre discipline. Certamente diciamo subito che noi consideriamo il pensiero non soltanto come una attività logico-razionale, ma lo consideriamo anche per le sue componenti inconsce: ed è questo forse ciò che differisce la riflessione psicoanalitica dalla riflessione logica e matematica sul pensiero e sulle sue modalità (lezioni Mangini, 2021). Difatti in accezione psicoanalitica però si parla di una parola un po' diversa da quella usata nel linguaggio comune: poiché la parola (sia del paziente, sia dell'analista) nel modello psicoanalitico appartiene ad un registro preconscious (in una via di mezzo tra conscio e inconscio) dove la libera associazione fa sì che il verbo si

presenti nel momento dell'analisi (difatti la parola non si presenta prima; non ci si deve preparare; non ci sono copioni da recitare in una seduta: e se ciò accade deve essere interpretato nel senso di una paura del paziente a farsi raggiungere da parole diverse e inaspettate). Fin dal testo de "L'Interpretazione dei sogni" di Freud l'argomento principe di cui parla la teoria psicoanalitica è quello di rappresentazioni investite da affetti: proprio quello che Freud ritiene che si debba occupare la psicoanalisi (difatti il suo campo specifico che la contraddistingue dalle altre psicologie). Quindi la teoria psicoanalitica si occupa di rappresentazioni investite d'affetto perché fanno parte di una modalità con cui si esprime il funzionamento psichico, conscio e inconscio (lezioni Lauro Grotto, 2017). Infatti in psicoanalisi consideriamo che il pensiero in realtà nasce proprio come finalità per trasformare esperienze affettive (nel modello pulsionale e nel modello bioniano). Quindi diciamo che il cuore della funzione del pensiero è dare un vestito (una rappresentazione, una condizione di pensabilità) alla vita degli affetti (lezioni Mangini, 2021). Di seguito la sequenza di trasformazione di un affetto inconscio/incompleto in rappresentazione, pensiero e parola:

stimolazione - sensazione di incompletezza (dimensione somatosensoriale) - immagine - pensiero - parola

Per quanto riguarda il tema della parola in psicoanalisi tutto il dispositivo analitico è finalizzato a mettere in risalto la parola, che dovrebbe essere considerata come una meta cui perennemente tendere (lezioni Marogna, 2022). Freud è il primo autore a introdurre il costrutto di ab-reazione: ossia la scarica emotiva con la quale un paziente si libera di un affetto eccessivo tramite la via fonatoria e il racconto del ricordo traumatico (lezioni Marogna, 2022). Con l'ab-reazione Freud introduce nella psicoanalisi il tema della parola come cura per indicare la scarica degli effetti tramite la parola (alternativa all'azione muscolare scheletrica). Per scarica tramite la parola infatti non si intende una scarica nell'agito della sensazione di incompletezza (elementi β , se vogliamo "scomodare" Bion) ma piuttosto di un'integrazione di una parte di sé che prima era indisponibile alla coscienza. Si tratta proprio di utilizzare nello spazio analitico la parola come alternativa all'azione e all'agito. (lezioni Mangini, 2021). Il trattamento psicoanalitico è finalizzato a ripristinare una continuità personale (tra conscio e inconscio) e un ampliamento dei processi di pensiero tramite il superamento delle resistenze e il sollevamento delle rimozioni, attraverso il ripristino dell'attività associativa con la parola. La liberazione dell'affetto serve dunque ad avvicinare la coscienza all'inconscio abbassando difese e resistenze. Quindi gli interventi dello psicoanalista sono finalizzati a eliminare gli ostacoli che si frappongono al libero fluire delle libere associazioni. Questo ripristino della continuità personale può avvenire solo tramite l'uso della parola del paziente e l'analisi delle

resistenze che si oppongono al verbalizzare (o anche solo rappresentare nella mente) certi affetti (Semi, 2011). Citando il testo di Mangini “Elementi dell’esperienza psicoanalitica”:

“ciò che si svolge nella stanza di analisi tra analista e paziente costituisce il laboratorio più interessante se si vuole prendere in considerazione il problema della formazione di nuovi pensieri, con l’apertura di spazi di non-pensiero e le trasformazioni degli stessi pensieri da modalità ripetitive e patologiche ad altre più libere, creative e simboliche. Per indicare questo tipo di pensiero utilizzo il termine di ‘pensabilità’”.

Inoltre la rappresentazione è ritenuta un'operazione straordinaria dell'uomo e del bambino anche perché consente di esercitare il pensiero come modalità di contenimento dell'angoscia primaria (angoscia originaria preverbale, totalizzante e non verbalizzabile: la pulsione allo stato puro che può essere superata soltanto dando un senso agli affetti, consentendo all'apparato psichico di governare delle situazioni che il soggetto vive in modo penoso) (lezioni Mangini, 2021).

Regressione e setting

Definizione di regressione: in un processo psichico avente un senso di percorso o di sviluppo si designa con regressione un ritorno in senso inverso da un punto già raggiunto a un punto anteriore a esso. la regressione designa il ritorno del soggetto a fasi superate del suo sviluppo e a modalità di espressione e comportamento di un livello inferiore dal punto di vista della complessità, della strutturazione e della differenziazione (Laplanche & Pontalis, 1967).

E' importante che il paziente possa regredire e superare le sue difese per accedere alle fonti dei suoi conflitti (lezioni Marogna, 2022). L'ambiente (o setting) dell'analisi deve favorire la regressione e deve essere un ambiente protetto; senza estranei o forti rumori: dovrebbe essere una stanza che favorisce l'emergere di un certo tipo di pensiero: che è quello delle libere associazioni. Inoltre la stanza di analisi deve favorire una certa regressione (lezioni Lauro Grotto, 2017): difatti l'effetto delle libere associazioni è quello di generare una progressiva regressione che porta alla comunicazione di materiale affettivo in precedenza sconosciuto (Semi, 2011). Noi umani abbiamo momenti dove regrediamo e non siamo al top della nostra razionalità. L'esempio più classico e banale di regressione è il sonno (dove avviene una regressione totale). Citando Freud (1899):

“Come si vede, si tratta di provocare uno stato psichico che ha in comune con lo stato che precede l'addormentarsi (e certamente con lo stato ipnotico) una certa analogia nella distribuzione dell'energia psichica (dell'attenzione mobile)”.

Ci sono poi altre condizioni dove il nostro funzionamento psichico si abbassa in senso regressivo: per esempio quando ci capita un qualcosa che ha un impatto emotivo molto forte (positivo o negativo) (lezioni Lauro Grotto, 2017). Questa regressione avviene dunque nella stanza di analisi e può essere raggiunta già solamente grazie ad alcuni elementi concreti: pensiamo per esempio al lettino. Difatti la posizione da sdraiati è una posizione regressiva. Dopodiché non basta usare semplicemente il lettino; difatti la regressione va gestita! E un esempio della sua gestione riguarda anche il numero delle sedute e il capire di quanto tempo ha bisogno il paziente per potersi mettere in una situazione regressiva necessaria per porre in essere il nostro metodo: ossia la libera associazione (lezioni Marogna, 2022).

Transfert

Definizione di transfert: designa in psicoanalisi il processo con cui i desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti nell'ambito di una determinata relazione stabilita con essi e soprattutto nell'ambito della relazione analitica. si tratta di una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità (Laplanche & Pontalis, 1967).

Per Freud, a partire dagli studi sull'isteria del 1895, la traslazione (o transfert), un fenomeno inconscio, consiste in un processo per cui pensieri ed affetti, sperimentati originariamente in relazione a figure significative dell'infanzia, vengono spostati inconsciamente su una persona coinvolta in una relazione interpersonale attuale, specialmente in psicoterapia (Semi, 2011).

“(l'analista) deve riconoscere che l'innamoramento della paziente è una conseguenza dovuta alla situazione analitica, e non può dunque essere ascritto a prerogative della propria persona , sicché egli (l'analista) non deve insuperbirsi di una tale conquista , come si direbbe fuori dall'analisi” (Freud, 1924).

In particolare, durante l'analisi, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita come relazione attuale con la persona del clinico. Il transfert rende vivo e presente il contenuto inconscio che non come contenuto circolante a livello di ricordi di episodi passati; ma proprio come nucleo affettivo che è attivo nella relazione

terapeutica. Durante la terapia viene analizzato il transfert, in quanto affetto che può essere legato ad una rappresentazione, tramite l'operazione di dare parola, di legare con le parole l'emergere del contenuto inconscio alla coscienza. Questa visione freudiana della traslazione nel tempo si è modificata in una dimensione più reciproca; dove sia il paziente, sia il terapeuta immettono elementi nel campo (per Freud originariamente era solo il paziente): difatti l'idea che il transfert è solo una risposta a qualcosa che è portato dal paziente è stata rivista nella clinica (a partire dalla rivoluzione concettuale della Klein con la teoria delle relazioni oggettuali) (lezioni Lauro Grotto, 2017). Freud dice che questi sentimenti sono una forma dell'amore tipica della situazione, anche se la psicoterapia non ha il monopolio del transfert, il quale può manifestarsi nell'amore, nelle amicizie, negli innamoramenti/infatuazioni al di fuori del setting psicoanalitico (lezioni Marogna, 2022). Semi (2011) inoltre raccomanda di non interpretare il transfert finché esso non si sia sviluppato: infatti egli consiglia di distinguere i fenomeni di transfert dalle nevrosi di transfert, valutando se il paziente può inquadrare il transfert come fenomeno strettamente personale e inconscio. In particolare Semi distingue le manifestazioni transferali in:

- fenomeni di transfert: sono in genere singoli pensieri consci che possono avere la parvenza o l'aspetto del transfert. In genere si fa riferimento a pensieri che riguardano credenze circa alcune relazioni attuali che ci ricordano dinamiche che andavano in scena nel rapporto con uno o entrambi i genitori. Tuttavia questi ricordi mancano di collegamento col desiderio originario alla base del transfert, che è inconscio (Semi, 2011).
- nevrosi di transfert: non si tratta di pensieri consci che evidenziano macro caratteristiche in comune tra la relazione terapeutica attuale e la relazione passata col genitore, ma di un collegamento che per il cliente è sfumato e poco chiaro tra le due relazioni. Anzi, in virtù dell'innalzamento delle difese e della censura del desiderio originario, le due relazioni appaiono anche piuttosto scollegate al paziente. Nella nevrosi di transfert c'è proprio un collegamento col desiderio originario alla base del transfert, che è inconscio (Semi, 2011).

Freud aveva descritto il transfert in due modi: (1) pericolo per il trattamento, (2) il migliore strumento per la psicoanalisi (Albarella & Donadio, 1986). Per Semi proprio la prevalenza del desiderio originario (a fondamento del transfert) e la difesa contro di esso costituisce sia un ostacolo al processo associativo, e quindi sia una resistenza al trattamento psicoanalitico, sia la condicio sine qua non della psicoanalisi (Semi, 2011), in quanto nella relazione transferale nel qui e ora dell'analisi il paziente può tornare a vivere il proprio passato in condizioni migliori e può quindi correggere le decisioni patologiche. Difatti l'interpretazione del transfert (operante un collegamento tra la relazione con il terapeuta e relazioni passate del paziente) rende esplicite le

fantasie inconsce che pervadono le modalità e le caratteristiche con cui il paziente si mette in relazione con il terapeuta e con gli altri (Gabbard, 2005). In psicoanalisi si tende anche a differenziare il transfert in negativo e positivo: il primo è caratterizzato da proiezione nel terapeuta di affetti di rabbia, ostilità e diffidenza che derivano da relazioni passate infantili trasferite nel qui e ora; il secondo si distingue per la proiezione nel terapeuta di fiducia, stima e affetto (alla base dell'alleanza terapeutica - può dilagare in transfert idealizzante o erotizzante). Sono entrambi preziosi per l'analisi a prescindere dal fatto che si chiamino positivo e negativo. E' chiaro che tali traslazioni possono mettere a dura prova il trattamento nonché astinenza, neutralità e freddezza del chirurgo dell'analista. Rispetto agli sviluppi post freudiani della metapsicologia rispetto al transfert si segnala il contributo di Kohut che introduce la distinzione tra transfert idealizzante e transfert gemellare:

- transfert idealizzante: nevrosi di transfert che porta il paziente a sentirsi dipendere da un terapeuta grandioso;
- transfert gemellare: nevrosi di transfert che porta il paziente a cercare continuamente l'approvazione dello psicoanalista.

(queste forme di transfert derivano da scompensi nella formazione dell'equilibrio narcisistico della personalità - che si origina dal rifornimento in noi stessi di ammirazione da parte degli altri - in cui il bambino ricerca ammirazione idealizzando il proprio se' come grandioso o idealizzando i propri genitori come grandiosi) (lezioni Lauro Grotto, 2017).

Controtransfert

Definizione di controtransfert: insieme delle reazioni inconsce dell'analista alla persona dell'analizzato e più particolarmente al suo transfert (Laplanche & Pontalis, 1967).

La scoperta del controtransfert risale allo scritto di Freud del 1919 "Le prospettive future della terapia psicoanalitica":

"abbiamo acquistato la consapevolezza del controtransfert che insorge nel medico per influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questo controtransfert e padroneggiarlo".

Il controtransfert consiste nella serie di attività psichiche che poniamo in atto per non considerare gli effetti del transfert dentro di noi (lezioni Marogna, 2022) e che influenzano il comportamento dell'analista, in quanto oggetto della ri-esperienza che

il paziente conduce nella situazione analitica in funzione della nevrosi di transfert (Albarella & Donadio, 1986). All'analista è richiesto di osservare con freddezza del chirurgo il proprio controtransfert, di accoglierlo, interpretarlo e accettarlo -> senza questa operazione derivano da qui i rischi di: (1) annegamento totale nel controtransfert e infrazione dell'astinenza, o (2) repressione totale del controtransfert trasformando la relazione analitica in un interazione fredda tra un soggetto sano e un soggetto malato, (3) rinnovare nel qui e ora dell'analisi quelle dinamiche dell'infanzia del paziente che favoriscono la sua nevrosi, alimentando un circolo vizioso che ostacola il lavoro analitico e implica la ripetizione, nel qui e ora dell'analisi, del transfert con l'oggetto interno cattivo (Racker, 1957). Un contributo importante nella metapsicologia del controtransfert viene dall'analista kleiniano Racker che distingue il controtransfert in controtransfert concordante e controtransfert complementare:

- controtransfert complementare: quel tipo di controtransfert in cui l'analista si identifica con le stesse emozioni, angosce, sensazioni del paziente. *(Si origina a partire dalla proiezione del paziente nell'analista di parti della propria personalità, il terapeuta introietta questi contenuti e a partire dall'identificazione con essi riattiva in sé conflitti interni che risalgono all'infanzia del terapeuta)* (Racker, 1957);
- controtransfert concordante: quel tipo di controtransfert in cui l'analista si identifica con le stesse emozioni, angosce, sensazioni che un genitore del paziente provava nell'infanzia nella relazione con il paziente da bambino. *(Si origina a partire dalla proiezione del paziente nell'analista di un oggetto interno cattivo - spesso il Super-Io di un genitore -, il terapeuta introietta questo oggetto interno e si identifica con esso riportando nel qui e ora emozioni e comportamenti del genitore del paziente)* (Racker, 1957).

Per Semi (1985) il controtransfert è, al pari del transfert, un ostacolo all'applicazione del metodo delle libere associazioni, dal momento che tenderebbe a ostacolare l'attenzione fluttuante dell'analista. Come monitorare il proprio controtransfert? Secondo Castellazzi (2000) esistono dei criteri che possono aiutare il clinico a monitorare il proprio controtransfert:

- avere presente i propri punti deboli: ossia argomenti, persone, zone emotive in cui il terapeuta si sente più fragile e vulnerabile;
- avere presente le proprie situazioni della vita non positive e non adeguatamente superate: il clinico diventa vulnerabile nell'entrare in contatto come analoghe fasi o situazioni della vita del paziente;

- monitorare attentamente tutte le proprie reazioni nei confronti del proprio interlocutore: il clinico deve ad esempio chiedersi: “perché ora provo questo sentimento negativo nei confronti del paziente?”.

Inconscio e topiche, inconscio collettivo e archetipi

Definizione di inconscio: l'inconscio designa uno dei sistemi definiti da Freud nel quadro della sua prima teoria dell'apparato psichico: esso è costituito da contenuti rimossi cui è stato rifiutato l'accesso al sistema preconscious-conscio mediante la rimozione (originaria e secondarie). I caratteri essenziali dell'inconscio possono essere così riassunti: (1) i suoi contenuti sono rappresentanze delle pulsioni, (2) questi contenuti sono regolati da meccanismi specifici del processo primario, specie della condensazione e dello spostamento, (3) investiti di energia pulsionale essi cercano di tornare a coscienza e nell'azione, ma non possono avere accesso al sistema preconscious-conscio se non in formazioni di compromesso dopo essere stati sottoposti a censura, (4) principalmente i contenuti inconsci si compongono di desideri dell'infanzia che restano rimossi. Nella seconda topica freudiana l'inconscio qualifica anche in parte Es e Super-Io (Laplanche & Pontalis, 1967).

“L'inconscio è un particolare regno della psiche con impulsi di desiderio propri, con una propria forma espressiva e con propri caratteristici meccanismi psichici che non vigono altrove” (Freud, 1899).

Il modello dell'apparato psichico che Freud ci propone con la prima topica è un modello tripartito che ha tre livelli di funzionamento: l'inconscio (sistema Inc), il preconscious (sistema prec) e la coscienza. Alla coscienza è deputato il rapporto con la realtà esterna: la percezione (gli stimoli in ingresso) e le risposte motorie in uscita sono di pertinenza del sistema cosciente. L'inconscio fa funzionare le sue leggi autonome; le leggi della coscienza sono le leggi che trasformano le rappresentazioni secondo il pensiero logico e linguistico aristotelico (vale il principio di contraddizione). Nella provincia del sistema inconscio valgono le leggi che operano nel sogno (principio di non contraddizione, spostamento, condensazione, principio di piacere - principio del funzionamento dell'apparato psichico che indica che le esperienze di piacere tenderanno ad essere ripetute). Il sistema preconscious rappresenta una sorta di provincia intermedia. Freud ritiene che le rappresentazioni del preconscious corrispondano a quelle rappresentazioni che possiamo riportare alla mente (alla coscienza) grazie ad uno sforzo, senza opporre particolari difficoltà. Freud, nello

scritto “L'Io e l'Es”, rivede completamente il suo modello di funzionamento dell'apparato psichico con la seconda topica, nella quale le istanze del funzionamento psichico non sono più le componenti inconscio, conscio e preconscious; ma sono le celeberrime istanze dell'Io dell'Es e del Super-Io (lezioni Lauro Grotto, 2017). Freud abbandonò il modello teorico basato su conscio, inconscio e perché la cura aveva mostrato che lo psichismo non era più solo riducibile al conscio e al fatto che alcuni contenuti diventano accessibili alla coscienza solo una volta superate le resistenze (Laplanche & Pontalis, 1967). Difatti Freud teorizza che i processi di difesa dell'Io - e in particolare i meccanismi di difesa - (ossia le modificazioni dell'Io per gestire i conflitti interni) non sono coscienti; e quindi l'Io ha un funzionamento che non può essere interamente cosciente: pertanto nella seconda topica l'Io non è più riducibile alla coscienza. Per quanto riguarda le tre istanze della seconda topica, per Freud l'Es rappresenta un immenso serbatoio di spinte pulsionali ed istintive (il calderone della vita pulsionale), mentre l'Io invece compare nel modello come una piccola pellicola che si forma sull'Es per gestire il contatto con la realtà e ha il compito di regolare i processi di realtà che conducono al soddisfacimento delle richieste pulsionali. In particolare le facoltà cognitive dell'Io sono impiegate nelle richieste pulsionali. Dopo di che l'Io, molto rapidamente, sviluppa delle modalità per gestire le richieste pulsionali, chiamate meccanismi di difesa, che non implicano una modifica della realtà esterna; ma viceversa implicano una modifica della realtà interna (lezioni Lauro Grotto, 2017). Il Super-Io è un'istanza del modello tripartito con funzione di giudice interno, di auto-osservazione e di coscienza morale. Esso si forma dopo il superamento del complesso di Edipo e si costituisce per interiorizzazione delle esigenze e dei divieti dei genitori e per abbandono dei desideri edipici del bambino (per Melanie Klein l'origine del Super-Io invece è pre-edipica). Il Super-Io oltre a formarsi inconsciamente opera anche inconsciamente, come la censura nel sogno, e mira a vietare l'appagamento e la presa di coscienza dei desideri. Esso comprende le funzioni di Super-Io (ossia di divieto) e di ideale dell'Io (Laplanche & Pontalis, 1967). L'Ideale dell'Io è un'immagine narcisistica idealizzata di come l'individuo dovrebbe essere (lezioni Lauro Grotto, 2017): tale immagine si origina a partire dalla graduale sostituzione delle identificazioni con i genitori con gli ideali sociali della collettività (Laplanche & Pontalis, 1967). L'interazione dell'Io con Super-Io e Ideale dell'Io da origine ai sensi di colpa e vergogna (es.: se rubo un vasetto di marmellata: nel registro edipico temo di essere punito; nel registro narcisistico mi vergogno di me stesso). Un'altra formulazione di inconscio nei modelli psicoanalitici è quella di Jung: quella dell'inconscio collettivo. Per Jung bisogna immaginare il funzionamento psichico come se ogni singolo individuo fosse una specie di vulcano che porta in superficie e all'emersione dei contenuti magmatici profondi i quali non appartengono alla sua individualità; ma appartengono ad un substrato universale che supera la differenza fra i singoli individui (così come tutto il magma che viene in superficie dai vari vulcani,

di fatto porta in superficie elementi che appartengono ad un unico nucleo che è quello del centro della terra). Quindi l'immagine dell'inconscio collettivo, da un punto di vista strettamente metaforico, è quella di considerare la psiche come una dimensione aperta verso il basso all'interno della quale si manifesta il contatto (la psiche individuale) con una dimensione più profonda dove risiedono le rappresentazioni archetipiche (archetipo = modo tipizzato del conoscere, contenuti che si ritrovano trasversalmente nelle diverse culture e nei diversi popoli) e la fonte delle pulsioni (che dunque per Jung non si originano dal corpo) (lezioni Lauro Grotto, 2017). Dunque se Freud parla di un inconscio soggettivo e unico per ognuno di noi, Jung invece afferma che l'uomo accoglie in sé due inconsci: il primo è quello soggettivo (del modello freudiano), il secondo invece è un inconscio collettivo, condiviso da tutta la nostra specie. In questo inconscio, si riassume tutto ciò che l'uomo è stato sino a quel momento, in ogni tempo ed in ogni luogo. Portiamo in noi i ricordi e le esperienze di tutta l'umanità che pre-esistono all'esperienza del singolo e che hanno a che fare con la stratificazione biologica della nostra specie (Stirati, 2022).

“La ricchezza dell'archetipo consiste proprio nel suo essere portatore delle esperienze primordiali dell'umanità che sono state filogeneticamente accumulate nel patrimonio delle immagini universali che appaiono nei miti e nelle fiabe” (Jung, 1934).

Pulsione

Definizione di pulsione: processo dinamico consistente in una spinta che fa tendere l'organismo verso una mèta. Secondo Freud, una pulsione ha la sua fonte in un eccitamento somatico; la sua mèta è di sopprimere lo stato di tensione che regna nella fonte pulsionale; la pulsione può raggiungere la sua mèta nell'oggetto o grazie a esso (Laplanche & Pontalis, 1967).

La pulsione significa spinta in tedesco (Trieb). Possiamo intendere inizialmente e concettualmente questa spinta da un punto di vista biologico; come un'energia biologica che in realtà, dal momento in cui la pensiamo, diventa un'energia che travalica il biologico. All'interno del mondo psicoanalitico ci sono state correnti di pensiero sul tema della pulsione: alcune hanno privilegiato il versante più puramente somatico; altre si sono focalizzate maggiormente sul versante più puramente mentale (mentre Freud si colloca a metà; tra il corporeo e lo psichico). Se la pulsione è vicina al polo corporeo essa si esprime in un certo modo: in genere sotto forma di angoscia non pensabile o di un eccitamento a cui non diamo alcun contenuto rappresentabile. Al contrario, se pensiamo alla pulsione a partire dal polo mentale, noi chiamiamo la pulsione col nome di desiderio. Quindi, quando parliamo di pulsione, parliamo di tutte

le possibilità trasformative, sempre in movimento, che vanno dal polo del non pensabile al polo del desiderio. Dunque un'azione trasformativa che è in continuo movimento (lezioni Mangini, 2021). Ogni pulsione si definisce attraverso degli elementi: una fonte somatica (deriva da una parte del corpo: Freud pone attenzione su parti del corpo con forte eccitabilità; queste zone sono dette fonti delle pulsioni ed hanno un'importanza variabile nella vita e nello sviluppo del bambino - la teoria delle pulsioni è una teoria stadiale: Freud afferma la prevalenza di un certo tipo di pulsioni a seconda del livello di sviluppo della personalità infantile - fase anale, orale, fallica, genitale). Quindi l'origine (la fonte) della pulsione è nel corpo, mentre la mèta è l'operazione che la pulsione richiede (ciò che richiede soddisfacimento): spesso alla mèta corrisponde un'azione specifica; ossia la cosa che va fatta per soddisfare la pulsione. E poi la pulsione ha un oggetto, il quale spesso ha la caratteristica di essere un qualcosa che è fuori dalla mente e dal corpo del soggetto (dunque può essere una persona che collabora al soddisfacimento; ma può anche essere una parte del corpo del soggetto stesso). (lezioni Lauro Grotto, 2017). Nel modello freudiano esistono due formulazioni della teoria pulsionale come mostrato nella tabella sottostante:

PRIMA VERSIONE	PULSIONI DELL'IO	PULSIONI SESSUALI - (INVESTIMENTO PULSIONALE NARCISISTICO O INVESTIMENTO PULSIONALE SULL'OGGETTO)
SECONDA VERSIONE	PULSIONE DI VITA	PULSIONE DI MORTE

PRIMA TEORIA PULSIONALE

Nel modello freudiano la prima originaria distinzione è fra le pulsioni dell'Io e le pulsioni sessuali (prima dicotomia). Nel distinguere queste due classi di pulsioni Freud introduce un concetto importante che è quello dell'appoggio (o teoria dell'appoggio). La teoria dell'appoggio presuppone che alla nascita esistano soltanto le pulsioni dell'Io legate al soddisfacimento di bisogni per la sopravvivenza (per esempio la fame o la sete). Queste ultime però, con la dimensione di piacere connessa con l'allattamento, si appoggiano sulla componente biologica e la pervertono (nulla a che fare con la perversione morale): cambia quindi la mèta della pulsione: ossia, la componente di piacere nell'esperienza del nutrimento prevale talmente tanto sul soddisfacimento dell'istinto biologico che la parte connessa al piacere diventa la componente più importante (lezioni Lauro Grotto, 2017). Quindi nella prima

formulazione si distinguono: da una parte una fame per designare un istinto, dall'altra una fame per designare un desiderio (in genere di seno, di mamma: pensiamo a quando i neonati piangono perché hanno fame di mamma e si attaccano al seno senza ciucciare il latte). In particolare chiameremo pulsioni dell'Io quelle pulsioni (contrapposte alle pulsioni sessuali) che si strutturano intorno ai bisogni e ai desideri di autoconservazione e sopravvivenza (es: sete e fame). Quindi, nella teoria dell'appoggio, si assiste (tramite una perversione dell'istinto) al passaggio dal bisogno al desiderio; un passaggio trasformativo: partendo (dal seno) da un livello totalmente biologico/corporeo, fino ad un livello sempre più mentale e dotato di rappresentazioni. A loro volta le pulsioni dell'Io si possono suddividere in pulsioni narcisistiche e in pulsioni che si dirigono verso l'oggetto. In particolare si distingue tra investimento pulsionale oggettuale e investimento pulsionale narcisistico: ossia possiamo avere una relazione dove l'oggetto può soddisfare i nostri interessi narcisistici o soddisfare il nostro desiderio di oggetto. Nel caso in cui siano prevalenti gli investimenti narcisistici l'altro finisce per diventare un'entità utile al proprio soddisfacimento pulsionale narcisistico (se si perde l'oggetto investito narcisisticamente, questo è difficile da rimpiazzare e la perdita provoca una ferita narcisistica). Invece, se prevalgono gli investimenti oggettuali sull'oggetto, allora non è più in ballo la questione del "tu oggetto servi a me"; ma entra in campo la questione del desiderio: ossia dell'io cerco nell'oggetto ciò che mi manca, desidero, mi piace, mi attira (se si perde l'oggetto investito, questo non è difficile da rimpiazzare con un oggetto sostituto). Quindi questo conflitto (tra gli interessi narcisistici dell'Io e la spinta verso l'oggetto) non si risolve mai e si ripropone continuamente sia nella vita quotidiana, sia nella clinica: pertanto ogni volta il conflitto, a seconda delle nostre scelte cosce o inconscie, può risolversi in un senso (narcisistico) oppure nell'altro (oggettuale), ma mai in maniera definitiva e fissa (lezioni Mangini, 2021).

SECONDA TEORIA PULSIONALE

Freud sposta l'accento su una contrapposizione tra vita e morte (e ne parla metaforicamente come di due entità mitiche grandiose e indeterminabili): due spinte pulsionali originarie di segno opposto. Le pulsioni di vita (eros in greco) comprendono gli investimenti pulsionali che hanno a che fare col desiderio (sia esso oggettuale o narcisistico) e tendono alla conservazione delle unità vitali dell'organismo della persona. Le pulsioni di morte (tanatos in greco) comprendono il disinvestimento pulsionale o il ritiro dell'investimento e tendono alla disgregazione delle unità vitali e al ritorno ad uno stato inorganico dell'organismo (lezioni Mangini, 2021). La pulsione di morte è visibile quando viene proiettata in forma di aggressività e in alcune forme di sadismo che si possono accompagnare al desiderio (es.: violenza nelle relazioni) (lezioni Lauro Grotto, 2017). A livello di funzione nell'apparato psichico la pulsione di vita lega eventi e ricordi alle relative componenti affettive

mentre la pulsione di morte slega eventi e ricordi dalle relative componenti affettive. Secondo il principio di costanza, omeostaticamente, la pulsione di morte fa sì che l'eccesso della pulsione di vita non possa andare troppo oltre: ciò in termini clinici ci dice che, poiché l'apparato psichico prova desiderio unito a dolore, l'apparato psichico ha bisogno di pause, ha bisogno di fermarsi, ha bisogno di non desiderare. Per esempio, di fronte ad un investimento oggettuale di innamoramento, l'apparato psichico è tutto proteso e occupato verso la persona amata: tutto ciò ovviamente porta ad un eccesso di passioni (ossia di pulsioni di vita) che può essere contenuto dalle pulsioni di morte. Inoltre pulsioni di vita e di morte non sono enucleabili in modo scisso: dobbiamo dunque supporre le due spinte pulsionali non come contrapposte ma che si mescolano insieme: per esempio nell'atto violento estremo c'è una componente di pulsione di vita che poi lascia spazio ad una condizione di svuotamento pulsionale. Secondo questa formulazione le pulsioni di vita o di morte in forma scissa le vediamo prevalentemente in situazioni psicopatologiche (lezioni Mangini, 2021).

Oggetto e relazione oggettuale

Definizione di oggetto: la relazione di oggetto è considerata nella psicoanalisi sotto tre aspetti principali: (1) in quanto correlato della pulsione: esso è ciò in cui e con cui essa cerca di raggiungere la sua mèta, cioè un certo tipo di soddisfacimento. Può trattarsi di una persona o di un oggetto parziale, di un oggetto reale o di un oggetto fantasmatico. (2) in quanto correlato all'amore o all'odio: la relazione in causa è allora quella tra la persona totale e un oggetto considerato esso stesso come totalità. (3) in quanto correlato del soggetto percipiente e conoscente, riconoscibile da tutti i soggetti indipendentemente dai desideri e dalle opinioni degli individui (Laplanche & Pontalis, 1967).

OGGETTO INTERNO, BUONO, CATTIVO, TOTALE, PARZIALE -> POSIZIONE SCHIZOPARANOIDE E POSIZIONE DEPRESSIVA:

Secondo la Klein il neonato fin dai primi giorni ha un'attività mentale che gli fa percepire una relazione (cosiddetta oggettuale) con oggetti del proprio mondo interno che vengono percepiti come distinti dall'Io - ovvero gli oggetti interni. Il primo oggetto interno da citare nella teoria kleiniana è l'oggetto-seno (ossia l'oggetto interno più importante); mentre le altre preconcezioni sono tutte parti che riguardano il corpo materno (e successivamente quello paterno): ossia prodotti corporei e zone anatomiche come l'urina, le feci, il pene, il latte materno, ecc... Tali oggetti nella mente del bambino sono dotati di un'esistenza propria e possiedono motivazioni e intenzioni proprie: per esempio odiano, amano, distruggono, divorano, invidiano,

perseguitano. Melanie Klein ci dice che questi oggetti interni sono sentiti come delle sensazioni (anche molto concrete e corporee) che diventano fantasie inconscie percepite come buone (di soddisfacimento) o cattive (di persecuzione), a seconda delle esperienze che il neonato farà in un secondo momento nel contatto con la madre. Per esempio quando un bambino ha fame attribuisce il disagio a un oggetto interno persecutorio dotato di un'intenzione propria. (lezioni Mangini, 2021). Difatti nel modello kleiniano le esperienze di soddisfacimento e accoglienza vengono chiamate seno buono e le esperienze di frustrazione e di non contatto con l'oggetto vengono chiamate seno cattivo - per la Klein il bambino gestisce le sue angosce primitive scindendo il rapporto con il seno in due modalità: rapporto con un seno buono o ideale e rapporto con un seno cattivo. Si chiama scissione perché le esperienze vengono completamente separate: un'esperienza è quella della realtà completamente buona; l'altra quella della realtà completamente cattiva. Nel modello kleiniano si parla proprio di posizione schizoparanoide come tappa primitiva nella formazione dell'apparato psichico: il bambino si libera delle componenti di aggressività e persecutorietà dell'oggetto interno che non sa gestire e le proietta al di fuori di sé. Nel corso dello sviluppo questa posizione dovrebbe essere a un certo punto superata attraverso molteplici meccanismi: il primo meccanismo è dovuto a una maturazione dell'Io e il rapporto con l'oggetto vero, con la madre, che mitiga da tutte e due i lati la scissione: cioè la madre è buona ma non ideale, cattiva ma non pessima. Quindi il bambino, tramite il rapporto con la realtà, dovrebbe essere indotto a percepire che queste due dimensioni che originariamente percepisce come separate e non aventi a che fare niente l'una con l'altra, costituiscono invece due facce della stessa medaglia (che è il rapporto con la madre vera e intera). Quindi tecnicamente il superamento della posizione schizoparanoide dovrebbe avvenire tollerando una quota importante di ambivalenza emotiva: cioè accettando il fatto che, con un unico oggetto d'amore, si intesse un rapporto che è fatto di componenti affettuose e di componenti aggressive. Nel linguaggio della Klein questo passaggio viene descritto come passaggio dall'oggetto parziale che non è una persona (è il seno) all'oggetto totale che invece è la madre persona. Questo passaggio nel modello kleiniano implica il passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva. In particolare quando il bambino comincia a pensare che la relazione con la madre può avere dentro delle quote di odio e di aggressività, si deve confrontare con la potenzialità di avere danneggiato l'oggetto d'amore. La posizione depressiva implica appunto una preoccupazione costante per il danneggiamento della relazione e un profondo desiderio di riparazione. Queste due posizioni secondo la Klein sono il tessuto fondamentale della vita psichica che in qualche modo oscilla tra queste due modalità di rapportarsi con le esperienze negative (come perdita, delusione, vergogna) (lezioni Lauro Grotto, 2017).

RELAZIONI OGGETTUALI

Definizione di relazione oggettuale: termine usato in psicoanalisi per designare il modo di relazione del soggetto con il suo mondo, relazione che è il risultato complesso e totale di una certa organizzazione della personalità, di una apprensione più o meno fantasmatica degli oggetti. Si parla di relazioni oggettuali riferendosi ai momenti evolutivi (es.: relazione oggettuale anale, orale, ecc...) sia alla psicopatologia (Laplanche & Pontalis, 1967).

“il rapporto con il seno materno diventa il punto di riferimento per lo sviluppo dei sentimenti di devozione verso le persone verso i valori ideali su cui si sposta a parte dell'amore che era stato in origine sperimentato per l'oggetto primario” (Klein, 1957)

Per relazione oggettuale si intende in psicoanalisi la rappresentazione inconscia che l'individuo ha di sé, degli oggetti interiorizzati e della loro interazione dinamica e affettiva. Le relazioni oggettuali sono il risultato del rapporto iniziale con la madre e con tutte le altre figure emotivamente significative. In particolare, per Melanie Klein la relazione materna (e con gli oggetti interni primari) condiziona inconsciamente il modo di percepire e di vedere il mondo esterno e cioè le relazioni interpersonali. La relazione oggettuale primaria costituisce insomma la matrice di qualsiasi altra relazione successiva: la relazione oggettuale instaurata con i propri oggetti interni, oltrech  fondare l'immagine del s , condiziona dunque i rapporti con gli oggetti esterni (tra cui il terapeuta) (Castellazzi, 2000).

OGGETTO TRANSIZIONALE

Nella metapsicologia di Winnicott si tratta di un oggetto fisico (normalmente di consistenza morbida: coperta, peluche, maglioncino) che il bambino tiene sempre con s  e che utilizza in una fase specifica dello sviluppo, nella quale deve venire a patti con l'angoscia di separazione dalla mamma o dal caregiver. Quindi talvolta questo oggetto rappresenta la madre, talvolta sta per il bambino stesso e talvolta sta per la relazione. Quindi l'oggetto transizionale rappresenta sia il soggetto della relazione, sia l'oggetto della relazione e sia la relazione stessa; non pu  essere n  un oggetto interamente mentale, n  interamente fisico. Proprio la parola transizionale sta ad indicare questo funzionamento intermedio (lezioni Lauro Grotto, 2017).

OGGETTO-SE'

Nella metapsicologia di Kohut indica l'investimento pulsionale narcisistico sull'oggetto della pulsione sessuale (lezioni Mangini, 2021). Si definiscono come oggetti esterni o interni che consentono l'autodefinizione dell'identità (McWilliams, 2012).

Reverie (materna) e funzione α (alfabetizzazione)

Nei modelli kleiniano e bioniano si teorizza che, nell'identificazione proiettiva, gli oggetti cattivi proiettati nella posizione schizoparanoide vengono bonificati dalla psiche dell'altro e reintroiettati in una forma meno persecutoria nella mente del soggetto che li aveva scissi e proiettati in precedenza. Nel modello bioniano, il tema dell'identificazione proiettiva si evolve nel concetto di reverie materna che sarebbe un'idea per la quale gli stati mentali del bambino (sensazioni grezze di tipo corporeo - i cosiddetti elementi β -) vengono prima di tutto elaborati da un'altra mente (quella della madre col bambino, quella dell'analista in seduta) che li pensa al posto del bimbo, li riproietta bonificati (digeriti) nella mente del bimbo insieme alle istruzioni per formare una funzione α per la trasformazione degli elementi β in elementi del sogno - i cosiddetti elementi α - plasmando così la nascita dell'apparato psichico del bambino (Bolognini, 2000). La funzione α ha dunque il compito di trasformare le esperienze emotive e sensoriali coscienti (elementi β) in pensieri del sogno (elementi α) (Ferro, 2002).

“nel modello bioniano, nella funzione di reverie, l'analista (oppure la madre) vede bene nella mente l'elemento α bonificato prima di restituirlo al paziente insieme alle funzioni per formare una funzione α ” (Bolognini, 2000).

La reverie è dunque la capacità recettiva della funzione materna di appropriarsi in maniera accogliente (e non respingente) delle senso-percezioni del neonato (disturbanti, persecutorie e senza rappresentazione). Una volta accolte le dimensioni del pianto, del dolore e dell'incomprensibilità nel neonato; la madre cerca di coccolarlo e di intuire cosa non va nel bimbo: una volta che l'intuizione funziona si può restituire un senso al neonato (lezioni Mangini, 2021). Bion chiama il suo costrutto teorico reverie perché il primo processo di raffigurabilità di un pensiero dell'apparato psichico è nel sogno e non nella coscienza. Difatti Bion considera questa capacità di sognare l'esperienza tramite la funzione α come una caratteristica della vita mentale che non ha niente a che fare con il sonno: si tratta infatti di una caratteristica di base del funzionamento mentale, finalizzato all'organizzazione dell'esperienza vissuta e alla digestione degli elementi β , che Bion chiamerà pensiero onirico nella veglia. L'idea, nel modello bioniano, sarebbe che la nostra mente sogna l'esperienza

sempre (in quanto gli elementi α sono protovisivi e formano immagini e scene in continua trasformazione ed elaborazione) e non solo quando dormiamo e se non siamo in grado di sognarla qualcuno deve farlo per noi (lezioni Lauro Grotto, 2017).

Fantasmatica

Definizione di fantasmatica: scenario immaginario in cui è presente il soggetto e che raffigura in modo più o meno deformato dai processi difensivi l'appagamento di un desiderio e, in ultima analisi, di un desiderio inconscio (Laplanche & Pontalis, 1967).

“I fantasmi sono formazioni psichiche inconsce non rappresentativamente elaborabili connesse alle tracce mnestiche grezze dell'esperienza psichica” (Giaconia & Racalbutto, 1997).

La fantasmatica è una rappresentazione mentale che non corrisponde a realtà, in genere si tratta di rappresentazioni inconsce che si incistano in età precoce. Lo scopo della fantasmatica è il rovesciamento di una situazione di angoscia non pensabile in una rappresentazione che è manipolabile. Utilizziamo le fantasmatiche come delle storie che ci raccontiamo per colmare la nostra angoscia per far sì che il tutto sia tollerabile contro contenuti angosciosi e/o non pensabili o la mancanza di senso. Nel modello lacaniano la fantasmatica è un espediente inconscio che utilizziamo per rappresentare l'alterità nell'incontro con l'altro che non conosciamo e di cui non sappiamo che cosa ha in testa (seminari Tilli, 2023).

Interpretazione

Definizione di interpretazione:

- (A) Esplicitazione, mediante l'indagine analitica, del senso latente nei discorsi e nelle condotte di un soggetto. l'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo ed è rivolta al desiderio che viene formulato in ogni produzione dell'inconscio.
- (B) Nella cura comunicazione fatta al soggetto e tendente a farlo accedere a questo senso latente secondo regole imposte dalla direzione della cura (Laplanche & Pontalis, 1967).

L'interpretazione cerca di ripristinare la continuità psichica del paziente perché erge un ponte tra l'inconscio e il preconcio: il ponte deve essere costruito con i materiali forniti dal paziente e non con il materiale dell'analista. Prima di fare un'interpretazione il terapeuta si deve chiedere se il paziente è pronto per accogliere l'interpretazione e in quale momento della terapia (timing) è più efficace interpretare (Semi, 2011). L'interpretazione per Freud esplicita, a partire dal racconto fatto dal paziente, il senso del contenuto latente del sogno a cui conducono le libere associazioni. L'obiettivo ultimo dell'interpretazione è il far emergere il desiderio inconscio. Il termine interpretazione non è riservato al sogno, ma si applica anche agli altri prodotti dell'inconscio a ciò che nel discorso e nel comportamento del soggetto porta il segno del conflitto difensivo (Laplanche & Pontalis, 1967). Freud affermava che l'interpretazione è trasformativa solo se coglie nel segno; altrimenti non incide su nulla: i rapporti fra gli elementi in gioco devono essere quindi colti con estrema precisione: ciò non vuol dire che ci sia un' unica interpretazione giusta; i fenomeni sono complessi e si possono cogliere più aspetti diversi insieme tutti corretti. Se i contenuti interpretati che sono legati insieme non corrispondono al vissuto e al funzionamento del paziente l'interpretazione diventa inefficace. Infatti nella tecnica psicoanalitica il criterio di validità dell'interpretazione non ha a che fare con dei contenuti di verità in sé (es.: l'interpretazione X è giusta perché corrisponde alla teoria Y); ma è valutata in senso trasformativo e clinico: io mi accorgo solo a posteriori se l'interpretazione giusta perché produce un cambiamento nel paziente (lezioni Lauro Grotto, 2017). Inoltre non esiste un'unica interpretazione giusta di per sé: infatti nel quadro contestuale di una seduta di psicoanalisi (tra associazioni del paziente, associazioni del terapeuta, attivazioni di ricordi in entrambi, stile interpretativo dell'analista, capacità negativa) si genera una gamma infinita di possibili interpretazioni, proprio perché si forma un groviglio di connessioni potenzialmente illimitato (Bolognini, 2000). Inoltre ogni interpretazione comporta nel paziente un riaggiustamento sul piano narcisistico, e spesso una piccola ferita (lezioni Marogna, 2022). Attraverso l'interpretazione i terapeuti forniscono insight su un'ampia rete di eventi mentali tra loro correlati: paure, fantasie, desideri, aspettative, difese, conflitti, transfert e pattern relazionali (Gabbard, 2015).

Frustrazione

Definizione di frustrazione: condizione del soggetto che si vede rifiutare o rifiuta a se stesso il soddisfacimento di una domanda pulsionale (Laplanche & Pontalis, 1967).

Il godimento richiesto dalla frustrazione è sempre un piacere immediato. L'essere umano può superare questa empasse solo se può credere che il piacere sarà maggiore in un secondo tempo e il non ricevere subito un'attenzione fa sì che l'attenzione ricevuta sarà maggiormente desiderata e poi goduta in un certo tempo X. Questa operazione psichica, anche se pare banale, non è facile. A questo proposito della frustrazione interviene il setting analitico come setting frustrante: ossia il fatto che il setting non consenta al paziente di soddisfare certi piaceri concreti nell'immediatezza (astinenza del terapeuta): pertanto l'analista accoglierà la richiesta di frustrazione del paziente ma non la potrà soddisfare completamente. Difatti in analisi si può lavorare molto sulla frustrazione. Per cui, considerando i fatti del paziente, usando le parole, si favorisce una prima elaborazione del paziente; il quale, gradualmente, sarà in grado di tollerare la frustrazione (fino a che la frustrazione cessa di essere tale) (lezioni Mangini, 2021). A proposito della frustrazione, Semi (1985) sostiene che durante il colloquio psicoanalitico bisogna evitare di soddisfare i desideri consci ed inconsci del paziente, eccezion fatta del desiderio di scoprire se stesso (desiderio che ha portato il paziente a rivolgersi ad un terapeuta). Rispetto alla frustrazione indotta dal setting psicoanalitico nel primo/primi colloqui Semi ci dice che quando il paziente inizia ad associare liberamente supera col massimo dei voti il test della tolleranza alla frustrazione.

Il sogno

Definizione di lavoro del sogno: complesso delle operazioni che trasformano i materiali del sogno (stimoli somatici, residui diurni, pensieri del sogno) in un prodotto: il sogno manifesto (Laplanche & Pontalis, 1967).

“Il sogno è la via regia che conduce all'inconscio” (Freud, 1899).

ASPETTI INTRODUTTIVI

In psicoanalisi il sogno è una modalità alternativa di costruzione del pensiero che caratterizza tutti i processi inconsci (lezioni Lauro Grotto, 2017). In ogni metapsicologia si trova un punto di incontro tra ipervalutazione e svalutazione del sogno. Per ipervalutazione del sogno si intende una concezione teorica in cui il pensiero nel sogno e quello nella veglia non sarebbero distinguibili, nella seconda concezione (svalutazione della vita onirica) il sogno sarebbe un prodotto marginale, difettuale e insensato del pensiero di veglia. Lo scopo ultimo dell'interpretazione dei sogni è quello di annettere i sogni alla ragione, aprendo un varco di consapevolezza verso l'inconscio, con la certezza che la ragione sarà ampliata dopo questa annessione. Perciò il sogno ci apre, a livello di attribuzione di significato e di senso, ad una prospettiva conoscitiva su una parte di vita interiore che altrimenti resterebbe inconoscibile (in primis gli eventi dell'infanzia remota e i desideri infantili rimossi). In genere gli attori coinvolti nel sogno sono: le parti del sé, il corpo, gli oggetti d'amore, gli oggetti d'odio, gli oggetti perduti, gli oggetti assenti, gli ostacoli al realizzarsi di desideri. Inoltre nel trattamento psicoanalitico il sogno inizia anche a parlare della cura stessa, come un termometro della relazione: il sogno ci segnala l'insorgere delle dinamiche transferali del paziente (Bolognini, 2000).

IL SOGNO NEL MODELLO FREUDIANO

“Il capitalista che sostiene le spese psichiche del sogno è sempre e immancabilmente un desiderio proveniente dall'inconscio” (Freud, 1899).

Freud ci ha insegnato che i sogni sono una messa in scena del desiderio, al fine di immaginare una realizzazione allucinata di tale desiderio. In particolare per Freud i sogni parlano di desideri infantili rimossi, utilizzando trasformazioni scenografiche di tali desideri. Per Freud ogni elemento del sogno deve accompagnarsi alla produzione di libere associazioni da parte del sognatore, orientate dal desiderio onirico inconscio: il desiderio si eleva dal gorgo delle libere associazioni come il fungo dal micelio. In particolare le libere associazioni consentono la trasformazione del contenuto manifesto in contenuto latente e contribuiscono a generare la possibilità di dare al paziente un'interpretazione che sveli e comprenda i significati della vita interna psichica inconscia del sognatore (Bolognini, 2000). Da qui la celebre frase di Freud de l'Interpretazione dei sogni: *“il sogno è la via regia per la scoperta dell'inconscio”* in quanto: (a) nel sogno si manifesta in forma pura il modo di funzionare dell'inconscio alternativo alla coscienza, (b) tutti possono comprendere tramite un insight il funzionamento onirico e inconscio.

I processi onirici rappresentano una maniera di funzionare completamente diversa da quella del pensiero cosciente e razionale; e hanno delle caratteristiche fondamentali che sono:

- la condensazione (rappresentazioni che appartengono a contesti e situazioni diverse sono condensate in un'unica immagine onirica);
- lo spostamento (il quantum di energia che appartiene a una certa rappresentazione può essere ceduto ad un'altra che ne fa le veci - si sposta l'energia da una rappresentazione all'altra);
- la mancanza di rispetto della consequenzialità temporale (in generale la forma onirica non rispetta la consequenzialità logica che noi siamo abituati ad attribuire alla costruzione temporale degli eventi);
- la mancanza del principio di non-contraddizione (il fatto che le contraddizioni non vengono percepite nel contenuto dei sogni come tali; per cui noi possiamo segnare una scena e immediatamente un'altra che ha un contenuto incoerente o illogico: nel sogno non vale il principio aristotelico di contraddizione che è una delle basi del pensiero logico);
- l'aderenza al principio di piacere e al processo primario: per principio di piacere si intende l'insieme dell'attività psichica che ha per obiettivo di procurare il piacere (aumento dell'eccitazione) ed evitare il dispiacere (riduzione dell'eccitazione). Nel modello freudiano il principio di piacere si oppone al principio di realtà, come i due poli del funzionamento psichico (Laplanche & Pontalis, 1967). Nella teoria freudiana il processo primario è la modalità inconscia con cui il bambino gestisce il funzionamento pulsionale: per cui dominerà il principio di piacere (ricercare un soddisfacimento pulsionale assente o allucinare un godimento mancato). In particolare il principio di piacere spinge per ottenere un immediato soddisfacimento, cercando una percezione identica a un'altra provata in passato nei casi di soddisfacimento. Siccome il processo primario può non prevedere soddisfacenti pulsionali, allora usiamo il processo secondario fuori dal funzionamento del sogno e dell'inconscio: con cui rimandiamo la soddisfazione quando l'oggetto è assente e si accettano le condizioni imposte dalla realtà logica e fattuale, a livello di pensiero e delle rappresentazioni (ossia si segue il principio di realtà che ci consente di tollerare la frustrazione in vista di un soddisfacimento futuro). Il processo primario è tipico dell'infanzia; quello secondario dell'età adulta/maturità (McWilliams, 2012).

Condensazione e spostamento hanno la finalità di rendere meno reattivo l'Io rispetto a contenuti che vengono rappresentati. Freud conia il nome di censura onirica per indicare questo meccanismo che si oppone al fatto che i sentimenti e i desideri (che sono il vero motore energetico dello sviluppo del sonno) possono essere rappresentati in forma pura. Quindi il materiale che noi sogniamo sarebbe il frutto di una trasformazione che in qualche maniera maschera i desideri originali. Quindi nel modello freudiano prevale l'idea che, per poter essere in qualche modo rappresentato alla coscienza (seppure nella forma onirica: quando la vigilanza della veglia è allentata), il contenuto di desiderio che contrasta con la coscienza deve essere prima mascherato. Freud usa proprio questo termine: mascheramento. Dunque il mascheramento è possibile perché i processi che operano sulle rappresentazioni nella loro forma pura (quando non sono ancora arrivati alla coscienza, ma rappresentano i desideri infantili così come noi li abbiamo sperimentati nella forma originaria inconscia dentro di noi), modificano e riarrangiano le rappresentazioni, rendendole meno direttamente connesse alla forma originaria e quindi più tollerabili (lezioni Lauro Grotto, 2017). In particolare, lo scopo del mascheramento del sogno sarebbe quello di celare gli eccitamenti pulsionali in modo da garantire una serena prosecuzione del sonno (Bolognini, 2000).

Dobbiamo poi aggiungere altri due elementi di terminologia:

- il contenuto latente (ossia il contenuto del sogno nella sua ipotetica forma originaria, che racchiude la messa in scena del desiderio di cui parla il sogno);
- il contenuto manifesto (ossia il contenuto del sogno che noi ci ricordiamo al mattino e che alimenta la narrazione del sogno da parte del paziente in analisi - per Freud (1925) "*il contenuto manifesto costituisce un mero inganno, una facciata*" che assegna al sogno, con la censura onirica e il mascheramento, un significato diverso da quello che ci appare a livello latente (lezioni Lauro Grotto, 2017).

"quando si esaminano i contenuti latenti di un sogno rivelati dall'analisi [per mezzo delle associazioni libere], se ne trova uno che risalta tra tutti gli altri... quel pensiero isolato si rivela una pulsione di desiderio... Questo desiderio è il vero fabbricatore del sogno: è lui che fornisce l'energia per la sua produzione..." (Freud, 1899).

Dunque in riferimento all'Interpretazione dei sogni Freud designa il lavoro onirico come trasformazione del contenuto latente in contenuto manifesto nella scena del sogno (Bolognini, 2000).

IL SOGNO NEL MODELLO BIONIANO

Per Bion il sogno ha una funzione metabolica. In particolare durante la notte gli elementi β (percezioni grezze sensoriali e corporee) vengono trasformati in elementi α (pittogrammi visivi - rappresentazioni - che possono essere rimossi tramite la funzione α). Bion ha individuato tre possibili tipologie di sogni:

- il sogno evacuativo (nel caso di funzione α assente o carente, gli elementi β eccedono in via straordinaria e l'apparato psichico non riesce a metabolizzarli: il sogno evacuativo serve appunto a espellere gli elementi β in eccesso);
- il sogno elaborativo (sogno in cui opera la funzione α e c'è un'integrazione degli elementi β che vengono trasformati in elementi α e, secondo Antonino Ferro (2002), durante la notte questi ultimi vengono filtrati e rielaborati per dare un senso alle esperienze sognate);
- il sogno misto (un mix degli altri due).

IL SOGNO NEL MODELLO KOHUTIANO

Kohut introduce il costrutto di self state dream. Si tratta di sogni in cui viene messo in scena un pericolo indefinito, spaventoso e non verbalizzabile rappresentato nel sogno da rappresentazioni definite. Questo pericolo indefinito e totalizzante rappresentato in questa tipologia di sogni sarebbe l'angoscia di frammentazione del sé. In questo modello l'interpretazione del self state dream può aiutare il paziente a riconoscere che le parti sane del sé stanno reagendo con angoscia a certi mutamenti nella vita del paziente: dunque quest'ultimo può focalizzare la propria angoscia di frammentazione. A differenza del modello freudiano, per Kohut non c'è mascheramento del contenuto latente nel sogno perché il sé si esprime sempre e senza censure oniriche: dunque per Kohut è sufficiente interpretare gli elementi del contenuto manifesto del sogno. In questo modello il contenuto manifesto non è più inteso come la traduzione di un contenuto latente, ma viene inteso come un contenuto che è specchio dello stato del sé e della relazione analitica e segnala angosce di frammentazione (Bolognini, 2000).

IL SOGNO NEL MODELLO JUNGHIANO

Per Jung il sogno ha funzione di compensazione dell'inconscio: ossia l'attività onirica sarebbe una autorappresentazione spontanea della situazione attuale dell'inconscio espressa in forma simbolica, i cui elementi rappresentano complessi e/o aspetti della personalità che vanno ricondotti alla vita del sognatore. Ciò significa che, nel modello junghiano, il sogno diviene comprensibile se inquadrato nel contesto della vita e delle esperienze attuali del sognatore e ricondotto alle sue emozioni, al suo tipo di rapporto con gli altri e alle circostanze della sua esistenza presente. Dunque nel modello junghiano trova meno spazio la concezione del sogno freudiana di reminiscenza di eventi remoti collegabili all'appagamento di desideri infantili rimossi - e questo

perché Jung sostiene che la rappresentazione che il paziente si fa dei genitori è condizionata anche dalle immagini archetipiche del padre e della madre (archetipi che fanno parte del corredo innato del soggetto). Il sogno per Jung può avere anche funzione prospettica e contenere anche allusioni a rappresentazioni anticipatorie inconse e archetipiche che possono avere un valore predittivo rispetto al comportamento futuro del paziente. In questo modello Jung introduce anche il costrutto di interpretazione finalistica: per cui sia il sogno che l'interpretazione tenderebbero ad un fine: ossia quello di far affiorare nella mente del sognatore contenuti (espressi nel sogno in forma di metafore) che durante il giorno erano inconsci per rimozione o semplice ignoranza, al fine di integrare in senso compensatorio tale materiale inconscio alla coscienza (Concato & Innocenti, 2010).

MODELLO	FUNZIONE DEL SOGNO	COSA RESTITUIRE AL PAZIENTE
FREUD	Realizzare un appagamento di desiderio	con l'interpretazione e le libere associazioni si arriva al contenuto latente e il paziente può comprendere i significati latenti del sogno
BION	Funzione metabolica e funzionamento della funzione α nel sogno	l'analista può bonificare gli elementi del sogno con la sua funzione di reverie
KOHUT	Funzione di mantenere il sé integro	con l'interpretazione interpretando del contenuto manifesto il paziente può comprendere lo stato e l'integrità del proprio sé
JUNG	Funzione compensatoria tra inconscio e coscienza	con l'interpretazione finalistica il paziente può integrare contenuti inconsci metaforici e archetipici riconducibili alla sua vita presente

Il trauma

Definizione di trauma: evento della vita del soggetto che è caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto a rispondere adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli affetti patogeni durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica. In termini economici, il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazioni che è eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare e di elaborare psichicamente queste eccitazioni (Laplanche & Pontalis, 1967).

Con l'espressione trauma Freud designa un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica, un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione non riesce. Quindi l'afflusso di eccitazioni è eccessivo rispetto alla tolleranza dell'apparato psichico e può essere dovuto sia a un evento molto violento, sia un accumulo di eccitazioni singolarmente tollerabili. Non si può parlare di eventi traumatici in modo assoluto, senza considerare la sensibilità propria del soggetto: non esiste un elemento della realtà esterna che possa essere traumatico per tutti. Vi sono certo degli eventi che escludono per la loro stessa natura la possibilità di una completa ab-reazione (come la perdita di una persona amata, che sembra insostituibile) ma, a parte questo caso limite, il valore traumatico è attribuito all'evento da circostanze specifiche: le condizioni psicologiche in cui si trova il soggetto al momento dell'evento, la circostanza specifica, e secondo Freud il conflitto psichico che impedisce al soggetto di integrare nella sua personalità cosciente l'esperienza esterna. L'evento traumatico suscita nell'Io, invece delle normali difese utilizzate contro un evento penoso, una difesa patologica che opera secondo il processo primario. L'azione del trauma è scomposta in vari elementi e suppone sempre esistenza di almeno due di questi: in una prima scena, detta di seduzione il bambino subisce un approccio sessuale da parte dell'adulto, senza che ciò gli provochi un'eccitazione sessuale; una seconda scena, che in età adulta o adolescenziale rievoca per qualche tratto associativo la prima. Il ricordo della prima travolge le difese dell'Io. Sebbene Freud chiami traumatica la prima scena, è evidente che dal punto di vista strettamente economico tale valore gli è conferito solo posteriormente (Laplanche & Pontalis, 1967). Freud spiega infatti che il trauma è descritto come qualcosa che può avvenire in due tempi; e non è nemmeno necessario che la scena sia percepita come traumatica: infatti ciò che è traumatico è la risignificazione: cioè, il fatto di tornare con la mente a un ricordo e comprendere l'implicazione sessuale del trauma, ed è allora che l'evento diventa patogeno: questo principio verrà chiamata teoria dei due tempi del trauma e introdurrà una dimensione temporale che è tipica della psicoanalisi: l'*après coup* (contraccolpo). Ossia, il tempo nella nostra memoria non è sequenziale e lineare nel processo di

immagazzinamento dei ricordi (non è una linea retta): ma il presente è l'unica costante chiave d'accesso al passato (lezioni Lauro Grotto, 2017).

Coazione a ripetere

Definizione di coazione a ripetere: a livello della psicologia concreta, processo incoercibile e di origine inconscia, con cui il soggetto si pone attivamente in situazioni penose, ripetendo così vecchie esperienze senza ricordarsi del prototipo e con invece l'impressione molto viva che si tratti di qualcosa che è pienamente motivato dalla situazione attuale (Laplanche & Pontalis, 1967).

La coazione è un fenomeno che si riscontra nella pratica clinica nell'ambito delle relazioni: cioè, il fatto che alcune persone sembra che abbiano una specie di destino che le porta ad impattare in situazioni catastrofiche che per loro che si riproducono sistematicamente in maniera ineluttabile (es.: donne che si legano a uomini maltrattanti). Freud ha la percezione della potenza distruttiva di questo meccanismo così chiaramente che definisce la coazione a ripetere come una forza demoniaca che può governare la vita delle persone (lezioni Lauro Grotto, 2017). Nel modello freudiano la coazione a ripetere è sempre legata a motivi che obbediscono al principio di piacere per cui si tende alla ricerca di attuazione di un desiderio inconscio. Freud spiega l'apparente ossimoro tra principio di piacere e ripetizione di esperienze manifestamente spiacevoli e dolorose nel seguente modo -> ciò che è dispiacere per un sistema dell'apparato psichico è piacere per un altro a livello inconscio. Nella psicoanalisi post freudiana invece si teorizza la coazione a ripetere come un tentativo dell'Io di dominare e poi ab-reagire delle tensioni eccessive di natura traumatica (Laplanche & Pontalis, 1967).

Sviluppo psicosessuale freudiano

Nel modello freudiano si parla di fissazione a una fase quando il soggetto trova soddisfacimento sessuale all'interno di un'organizzazione psicosessuale primitiva, in cui la pulsione parziale rimane legata alle rispettive zone erogene. Freud parla invece del meccanismo di difesa della regressione quando il soggetto, che era già passato a una forma organizzativa dello sviluppo psicosessuale più evoluta, recupera le modalità della fase precedente. Nello sviluppo psicosessuale si parla di pulsione parziale perché ha come oggetto, nelle diverse organizzazioni dello sviluppo psicosessuale, le varie zone erogene. Per cui abbiamo una pulsione parziale orale, anale o fallica. La zona erogena è quella zona del corpo dove si esplica e trova soddisfacimento la pulsione

parziale; anche questa area del corpo (del soggetto e non di altre persone) varia con lo sviluppo psicosessuale (Mangini, 2001).

FASE ORALE

Si tratta della prima organizzazione sessuale pre genitale e coincide col periodo dell'allattamento. La zona erogena orale è determinata dalla proprietà delle mucose del cavo orale di dare sensazioni piacevoli come nell'attività infantile del succhiare. Da ciò si deduce che il piacere del succhiare si è reso indipendente rispetto alla funzione originaria nutritiva e quindi ha acquistato un carattere sessuale (appoggio della pulsione). Appaiono come forme sostitutive attività quali il succhiarsi le dita, masticare chewing gum, fumare, bere, mangiare, ecc... Le manifestazioni patologiche (e non) associate a regressione/fissazione orale sono: tossicomania, alcolismo e binge eating da una parte; anoressia, bulimia e dall'altra (quando interviene il meccanismo di difesa della formazione reattiva che trasforma la pulsione orale in disgusto) (Mangini, 2001).

FASE ANALE

Costituisce il secondo grande sistema organizzativo della sessualità infantile. Segue la fase orale e si colloca tra lo svezzamento e la situazione edipica. Nella fase anale l'accento si pone sulle funzioni escretorie e la zona erogena è la mucosa anale. Il piacere è fondamentalmente legato alla tendenza pulsionale a espellere o trattenere le feci, in relazione alle richieste materne. L'espulsione delle feci assume sia la valenza di scarica pulsionale per diminuire la tensione, sia di azione che il bambino fa per manifestare la propria aggressività contro le richieste materne di pulizia. Il trattenimento delle feci invece si associa all'azione di non sporcare per dimostrare alla madre la propria obbedienza e/o per non incrinare la relazione materna. La regressione/fissazione anale si ritrova a livello più simbolico in tutti i comportamenti che hanno a che fare con un oggetto che richiama simbolicamente le feci (tra cui il trattenimento del denaro, il collezionismo, l'accumulo e la pulizia), dove il trattenere e conservare determinati oggetti si situa su un piano analogo al trattenere le feci e poi gli affetti. Allora la fase orale è associata alla personalità ossessivo-compulsiva (Mangini, 2001). In psicoanalisi si parla talvolta di fase anale-sadica: si fa riferimento in particolare ad una dimensione distruttiva che deriva da tutto ciò che la madre ha inculcato nel bambino affinché si tenesse pulito. In particolare se il bimbo non viene ricompensato dalla mamma può anche odiare l'oggetto parziale e rendere tutto sporco con le feci: in questo caso il bambino prova un'aggressività che ha che fare con una dimensione sadica (lezioni Mangini, 2021).

FASE FALLICA

Si tratta di un'organizzazione della sessualità infantile la quale entra in gioco il solo genitale maschile: il pene. Verso il quinto anno di età si manifesta in tutti i bambini un'attività masturbatoria che interessa le zone genitali e che può essere associata anche al piacere uretrale legato alla minzione e alla ritenzione della vescica. La zona erogena è data quindi dal pene, dal clitoride e dalla funzione urinaria. Durante la fase fallica, il bambino non è ancora giunto a rendersi conto con chiarezza della differenza tra i sessi ed inizia un periodo di esplorazione sessuale dominato da curiosità e sete di conoscere, durante il quale si crea delle teorie sessuali che mescolano il vero col falso, e che vertono su due questioni fondamentali: ossia la domanda da dove vengono i bambini e il mistero della differenza tra i sessi. Nella fase fallica dunque i bambini concepiscono l'esistenza di un solo organo sessuale, il pene, e c'è una sola alternativa: averlo non averlo. In particolare, il pene è vissuto come un oggetto parziale, staccabile dal resto del corpo e si ritiene possa circolare da una persona all'altra (Mangini, 2001). Questa cosa nel maschietto provoca angoscia di castrazione e tocca la questione edipica: perché il bambino maschio può pensare che tutto l'universo, madre compresa, abbia il pene; addirittura crede che le bambine siano in realtà dei bambini che sono stati puniti dal terzo per i loro desideri verso l'oggetto materno. Rispetto alla fase fallica nella bambina Freud mette in luce la delusione della bambina verso la madre; colpevole di non averla dotata di un pene (come per esempio rispetto a un fratellino). Quali conseguenze ci potrebbero essere allora? Per Freud avviene proprio un trauma, dovuto alla vista della differenza sessuale, che in futuro può comportare nella vita adulta: una futura inibizione sessuale, un'organizzazione nevrotica di tipo isterico (con rimozione dell'aspetto fisico/sessuale) oppure un complesso di mascolinità (ossia il fatto di voler fare il maschio; soprattutto in famiglie con tante diverse figlie femmine) (lezioni Mangini, 2021).

Fase edipica

Definizione di fase edipica: insieme organizzato di desideri amorosi e ostili che il bambino prova nei confronti dei suoi genitori. Nella sua forma detta positiva il complesso si presenta come nella storia di Edipo: desiderio della morte del rivale, rappresentato dal personaggio dello stesso sesso, e desiderio sessuale per il personaggio di sesso opposto. Nella sua forma detta negativa, esso si presenta capovolto: amore per il genitore lo stesso sesso e odio geloso per il genitore del sesso opposto. Secondo Freud, il complesso di Edipo raggiunge la sua acme tra i 3 e i 5 anni, durante la fase fallica, il suo declino segna l'entrata nel periodo di latenza. Il complesso di Edipo svolge il ruolo fondamentale nella strutturazione della personalità e

nell'orientamento del desiderio umano. Gli psicoanalisti ne fanno il principale asse di riferimento della psicopatologia, cercando di determinare, per ciascun tipo patologico, i modi dell'impostazione e della risoluzione del complesso edipico (Laplanche & Pontalis, 1967).

“Mi è nata una sola idea di valore generale parlando del funzionamento psichico. In me stesso ho ritrovato l'innamoramento per la madre e la gelosia verso il padre; e ora ritengo che questo sia un evento generale della prima infanzia. Se è così si comprende il valore avvincente dell'Edipo Re di Sofocle” (Freud, 1897).

Tutti gli esseri umani hanno un periodo dove prevale il codice materno e regna il rapporto con la madre in una dimensione fusionale: quest'ultima dimensione comincia a cambiare quando entra la figura paterna come terzo e il bimbo si accorge della presenza del padre. Dobbiamo immaginarci il padre come un oggetto diverso dalla madre agli occhi del bambino: infatti la madre, essendo così tanto presente fin dall'inizio, nei primi momenti di vita non viene considerata da esso come un altro distinto da sé, non separata dal bambino. Invece il padre nasce proprio come un oggetto altro separato da sé (anche se in un secondo momento può diventare un oggetto d'amore). Nella situazione edipica il padre ha una funzione separante e interviene nei casi di quelle madri che fanno fatica a staccarsi dal bambino. Abbiamo dunque la presenza dell'altro che irrompe nel mondo del bimbo e che rompe la fusionalità narcisistica (o comincia a limitarla); ed è da questo momento che il bambino o la bambina iniziano a fare esperienza della frustrazione, dei limiti narcisistici, della temporalità, del senso di colpa (per avere sentimenti ostili verso il padre). Se invece i padri sono assenti c'è bisogno di un'altra persona che assuma la funzione paterna; invece in caso di padri deboli, patologici, malati (come nelle pazienti isteriche) si crea un rapporto erotizzato verso un oggetto che avrebbe dovuto essere separante. Perché notiamo che i maschi sono molto più semplici delle femmine? Ciò può essere spiegato anche dalla struttura edipica che li contraddistingue. Pertanto il maschietto ama la mamma e identifica nel padre il “rompiscatole” da eliminare: la situazione è chiara. Poi nello sviluppo il padre può passare simbolicamente al bambino la minaccia e l'angoscia della castrazione (es.: se non ti comporti bene ti regolo io) che porta il bambino a gestire con molta attenzione a non esprimere troppo l'amore sfrenato per la madre e l'ostilità verso il padre: avviene quindi la formazione del Super-Io, come interiorizzazione delle norme (soprattutto il tabù dell'incesto). Dunque il maschietto fa questa operazione: siccome prova un amore verso la madre che non può essere concretizzato; egli rinuncia pulsionalmente alla mamma e si prepara a spostare la pulsione su un'altra donna (la quale, in futuro, sarà possibile conquistare se il bambino si identifica con il padre che ci sa fare con le

donne). Quindi, con l'identificazione col padre, il bambino acquista tutte le qualità caratteriali maschili per poter avere un giorno una nuova donna che assomigli alla madre e esce dall'Edipo col superamento dell'angoscia di castrazione rinunciando all'esclusività con l'oggetto primario. Invece per le bambine la situazione è più complicata: infatti esse hanno un problema in più. Il problema numero uno è lo stesso dei maschietti: inizialmente anche le femmine amano la madre e vedono il padre come un intruso nel loro mondo narcisistico. Le femminucce quindi iniziano con le stesse vicissitudini del maschio: devono rinunciare alla madre come nel maschio. Poi invece le bambine si identificano nella madre per poter amare un maschio: infatti dopo la prima rinuncia materna il padre diventa un oggetto erotico a cui poi la bimba deve rinunciare (visto che il babbo “appartiene” alla mamma). Pertanto nello sviluppo psichico delle femmine ci sono due rinunce pulsionali anziché una: la prima con la madre e la seconda con il padre come oggetto erotico. Sicuramente questa doppia rinuncia ha delle conseguenze (positive o negative che siano): difatti questo percorso accidentato può diventare un handicap oppure una qualità aggiuntiva di forza e di capacità di affrontare meglio le situazioni (lezioni Mangini, 2021). Per Laplanche e Pontalis (1967) le funzioni fondamentali che Freud attribuisce all'Edipo sono:

- la scelta dell'oggetto d'amore
- la strutturazione della personalità
- la strutturazione del Super-Io e dell'Ideale dell'Io

Il sintomo in psicoanalisi

“Ciò che definisce il sintomo in psicoanalisi è precisamente il fatto che esso riproduce, in modo più o meno mascherato, alcuni elementi di un conflitto passato.” (Laplanche & Pontalis, 1967).

Il sintomo è un compromesso difensivo dell'Io, che il paziente inconsciamente ha faticosamente elaborato per evitare di essere allagato da contenuti inconsci intollerabili (lezioni Marogna, 2022). Dunque fin dalla psicoanalisi freudiana, i nostri sintomi nevrotici, il contenuto manifesto dei nostri sogni e i lapsus che commettiamo sono tutti costruiti come "compromessi tra le richieste di un impulso rimosso e le resistenze di una forza censoria nell'Io". Si può dire quindi che Freud abbia offerto una "teoria del compromesso" unificatrice di nevrosi, sogni e lapsus/atti mancati (Grünbaum & Trovato, 1998).

“La psicoanalisi non si accontenta della semplice sparizione del sintomo. La sua sparizione va spiegata e inserita nel più ampio discorso del funzionamento psichico” (Minolli, 1997).

La raccomandazione terapeutica è quella di non eliminare il sintomo ma cercare di integrarlo nell’Io: questo proprio perché in psicoanalisi intendiamo il sintomo come compromesso difensivo che copre aspetti del paziente che devono trovare parola e un pensiero. Anziché togliere il sintomo di mezzo è preferibile far sapere al paziente che tutto ciò che ha eretto come difesa può essere fonte di unicità e originalità da portare al mondo come contributo (seminari Tilli, 2023). In psicoanalisi il cambiamento sintomale (come scomparsa o attenuamento del sintomo) non è un vero cambiamento poiché non sempre comporta un cambiamento della struttura a monte da cui dipende. L’attenuazione e/o la sparizione dei sintomi comportamentali, nel corso dell’analisi, significa la presenza del processo psicoanalitico, ma non significa cambiamento della struttura inconscia della personalità. A priori dobbiamo dunque ritenere che il sintomo strutturale non cambia con il cambiare del sintomo comportamentale. Lo stile di personalità tenderà a rimanere inalterato, utilizzando i più svariati comportamenti, qualsiasi essi siano, per affermarsi (Minolli, 1997). Ecco che in psicoanalisi si configura come processo di cura che porta a dare un significato al cambiamento strutturale (organizzazione e stile di personalità), mediante l’attuazione dei processi dell’autocoscienza (McWilliams, 2012).

La psicosomatica in psicoanalisi

INTRODUZIONE

“La questione del corpo in psicoanalisi costituisce uno dei riferimenti più complessi e spinosi del discorso freudiano e appare saldarsi, in prima istanza, sia con il fondamento epistemologico della teoria, rimandando all’indagine sui presupposti dello psichismo, sia con la ricerca clinica, in merito alla specificità dei sintomi che coinvolgono il soma” (Detcheva et al., 2020).

“Una difficoltà che la medicina deve affrontare oggi è proprio il riconoscimento del versante psichico di ogni malattia, sia organica che psichica, e trarne delle conseguenze metodologiche. Secondo Beck, un medico che per anni ha attentamente studiato e curato i suoi pazienti con un’impostazione di tipo psicosomatico, le malattie somatiche rappresentano spesso un tentativo di riparare una ferita psichica, di compensare una perdita interiore o di risolvere un conflitto inconscio e quindi la sofferenza somatica rappresenterebbe un tentativo di autoguarigione. Sempre secondo Beck, le domande che ogni medico dovrebbe porsi davanti al suo paziente ogni volta

che egli si ammala sono: “Perché questo paziente si è ammalato proprio ora?” e “Perché è stata colpita quest’area del suo corpo? Spesso invece accade che fra medico e paziente si crei una sorta di collusione nell’oggettivare, alienare il sintomo per estraniarlo dal Sé, spogliandolo così di quelle valenze psicologiche che potrebbero portare il paziente a una migliore riappropriazione delle proprie problematiche e a un miglioramento della qualità della vita. La malattia anziché essere vissuta come un’opportunità di “apprendimento” viene spesso eliminata, soppressa, rimossa facendo ricorso a pesanti interventi farmacologici che possono favorire anche l’insorgere di ulteriori malattie” (Braggio & Chiesa, 2000).

PSICOSOMATICA PER FREUD

“Il sintomo di conversione è stato studiato a suo tempo da Freud, che aveva riscontrato nella sua pratica clinica che ogni qualvolta un’emozione non veniva espressa o sfogata attraverso le normali vie dell’attività volontaria, poteva provocare dei disordini psichici o fisici, poiché induceva uno stato di tensione cronica. Per questo egli introdusse il concetto di “isteria da conversione”. Freud e altri psicanalisti considerarono così che ogni emozione non espressa poteva imboccare delle strade “organiche” di sfogo, che potevano coinvolgere ogni apparato del corpo” (Braggio & Chiesa, 2000).

Freud è stato il primo psicoanalista a configurare il corpo come origine della psiche col concetto di pulsione come raccordo tra dimensione psichica e dimensione somatica: un rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dal corpo. E’ con la clinica dell’isteria che Freud getta le prime basi per una ricerca psicosomatica in psicoanalisi. In particolare, le pazienti isteriche di Freud accusavano una vasta gamma di sintomi somatici all’interno di una belle indifference psichica (meccanismo di difesa del diniego). Di fronte a un corpo malfunzionante Freud si accorse che i sintomi scomparivano grazie ad una cura di parole, liberando il senso e l’affetto, convertito nel corpo, di una rappresentazione incompatibile, intollerabile alla coscienza, non pensabile e rimossa nell’inconscio. Freud parla di meccanismo della conversione dell’affetto, responsabile della formazione del sintomo psicosomatico, che presuppone che l’affetto venga scisso dalla sua rappresentazione (incompatibile con la coscienza - viene rimossa) ed espresso in forma psicosomatica nel corpo (cosiddetto salto nel somatico nell’isteria). Pertanto nel caso delle pazienti isteriche di Freud, un sintomo che apparentemente non aveva senso nel corpo veniva riconosciuto dall’analista nella sua funzione psichica fino alla verbalizzazione dell’affetto incompatibile da parte della paziente isterica una volta riportata a coscienza (Mangini, 2003). L’idea di Freud era dunque quella per cui la pulsione, oltre a poter seguire il destino di diventare una componente della vita psichica, potesse essere scaricata

direttamente nel corpo con un “cortocircuito” producendo sintomi organici (lezioni Lauro Grotto, 2017).

PSICOSOMATICA PER GLI AUTORI POST FREUDIANI

La formazione del sintomo psicosomatico nei vari modelli della letteratura psicoanalitica è intimamente legata a:

- (1) la capacità materna di modificare la sofferenza psicofisica o psicologica del suo piccolo: la funzione di madre ambiente (Winnicott), la funzione α e reverie (Bion);
- (2) la separazione del bambino dalla simbiosi materna (il superamento di una fusionalità in cui non è distinguibile la differenza tra corpo mente del bambino): il passaggio dalla dipendenza all'indipendenza (Winnicott), la fase di simbiosi e di separazione-individuazione (Mahler), l'esperienza di vivere in due lo stesso corpo (McDougall).

Ecco quindi che se una madre, specialmente quando il bambino soffre, non riesce a proteggerlo contro una iperstimolazione traumatica o lo espone a una ipostimolazione traumatica, la cosa può portare un'incapacità del bimbo di distinguere la rappresentazione di sé e la rappresentazione dell'altro: cosicché il corpo materno e quello del bambino rimangono confusi. In questo modo, da parte del bambino, le separazioni non vengono vissute come conquiste psichiche che volgono verso l'autonomia e l'integrazione, ma come momenti di angoscia totalizzante che sminuiscono il soggetto o lo svuotano di caratteristiche vitali per la sua sopravvivenza. Pertanto in questi modelli post-freudiani come origine del sintomo psicosomatico come un fallimento del paziente a interiorizzare a pieno una funzione materna (o una funzione α per Bion) sufficientemente buona per contenere angosce primarie e/o oggetti interni cattivi; o elementi β in termini bioniani. In tutti questi modelli si teorizzano criticità nel rapporto con la funzione materna e/o nel momento separazione (o individuazione) dalla simbiosi con la madre. Il risultato è quello, in tutti questi casi, che la difesa somatica, tramite “salto nel somatico”, emergerebbe proprio in risposta alla presenza di angosce profonde, poco mentalizzate e di natura preverbale: queste condannerebbero il soggetto a vivere un terrore inconscio che include la frammentazione e la disgregazione dell'Io e dei confini psichici e corporei.

“Ciò che sollecita la nascita del sintomo somatico è l'assenza o la paura dell'assenza del caregiver o comunque una relazione disfunzionale con esso. [...] Si può dire, infatti, che tali pazienti reagiscono a quasi tutte le situazioni che mobilitano emozioni forti come collera e angoscia di separazione con fenomeni psicosomatici” (McDougall, 1990).

Allora in questo quadro metapsicologico il compito della cura è quello di ripristinare il funzionamento della funzione α tramite la reverie. Si chiede dunque in tutti questi modelli all'analista di funzionare come contenitore delle angosce preverbalì e primarie, in un processo psichico che affonda le proprie radici nel rapporto materno, nel transfert e nella qualità interiorizzata delle cure e delle funzioni materne. Infatti, unendo il modello bioniano a quello winnicottiano, notiamo il comune denominatore del tema del contenimento materno nella primissima infanzia (McDougall, 1990).

Dunque:

secondo Bion: il sintomo somatico servirebbero alla psiche come strumento per gestire l'accumulo di elementi β nella mente: qualora appunto la funzione α sia assente o deficitaria, e soprattutto in situazioni dove non siamo capaci di trasformare le sensazioni corporee in pensiero sognante.

“Sembra dunque che il fallimento della funzione di mentalizzazione, di reverie, di abetizzazione, possa influenzare il corpo in maniera patologica, per cui un eccesso di elementi β bombarderà il corpo a tal punto che una sua parte impazzirà” (Mangini, 2003).

L'elenco dei meccanismi di difesa in questione includerebbe negazione, proiezioni, identificazioni proiettive, conversione somatica, allucinazioni e agiti: ossia forme arcaiche e preverbalì, che la psiche utilizza per gestire un fenomeno che non è rappresentabile o verbalizzabile. Inoltre una proprietà degli elementi β (che li differenzia dagli α) è quella di non poter entrare nelle dinamiche di pensiero onirico e di non poter essere resi inconsci, impedendo così realizzarsi delle rimozioni. Ecco che quindi, senza la possibilità di utilizzare meccanismi di difesa evoluti che operano sulla parola e sulla rappresentabilità del contenuto psichico, vengono mobilitate reazioni difensive arcaiche, pre-edipiche, preverbalì e quindi di tipo somatico (dall'asma, all'artrite reumatoide fino ad arrivare al cancro) (McDougall, 1990).

secondo Winnicott: il sintomo somatico servirebbe alla psiche come strumento per gestire l'angoscia primaria nella mente: qualora appunto il contenimento materno sia stato insufficiente -> in termini winnicottiani quando è mancata una madre sufficientemente buona. Ciò che permette l'emersione della mente dal corpo sono le sufficientemente buone cure materne, che modulandosi sui bisogni affettivi e corporei del bambino mettono in moto la mente nel comprendere l'esperienza. Nel modello di Winnicott la madre fornisce il contenimento per creare lo spazio psichico del bambino, in un percorso che dalla dipendenza culmina nell'indipendenza: grazie alle

tre funzioni materne di holding, handling e object presenting. Con la funzione di holding la madre fornisce al bimbo, rispetto agli stimoli, la funzione paraeccitatoria: ossia la prima qualità antitraumatica che caratterizza il rapporto con l'oggetto primario, che serve a gestire gli stimoli percepiti come traumatici che derivano dalle cure materne. Nell'holding rientra anche il rispecchiamento del bambino nello sguardo materno che permette la formazione di un Io come 'altro-da-sé' -> il bimbo vede se stesso riflesso nello sguardo materno. Con la funzione di handling (attraverso il contatto fisico tra madre e bimbo) si produce un tipo di eccitamento pulsionale che va a costituire l'Io Corporeo: ossia il contatto materno fa sì che in alcune zone del corpo del bambino si formino isole autoerotiche dove avvengono eccitamenti e soddisfacenti. Da queste isole si inizierà poi a formare poi lo sviluppo psicosessuale. Quindi il contatto fisico è fondamentale per la nascita di un'identità e di un Io Corporeo dal momento che il bimbo si sente sia contenuto negli eccitamenti, sia separato dalla madre nella misura in cui viene toccato: è qui che si vede l'origine corporea dell'Io. Con l'object presenting invece, la madre offre al bimbo di un'esperienza di onnipotenza sana, presentandogli un oggetto del mondo reale nell'illusione che sia stato il bambino stesso ad averlo creato (lezioni Mangini, 2021).

Quindi da queste due prospettive teoriche (bioniana e winnicottiana) l'espressione psicosomatica può essere intesa come una forma di difesa rispetto alle seguenti difficoltà inconsce di contenimento dell'angoscia primaria, della relazione, con una madre non sufficientemente buona o con la quale si è instaurato un processo insufficiente di reverie (McDougall, 1990):

- 1) Pensiero non immaginativo (scarsità di elementi α): sonno senza sogni, pensiero operatorio e concreto, alessitimia;
- 2) Io Corporeo fragile/deficitario e angosce di differenziazione dalla madre e di frammentazione dei confini del corpo;
- 3) Angoscia relativa al vivere le cure materne come traumatiche e/o intrusive.

secondo McDougall: il neonato non può fare esperienza del proprio corpo o di quello della madre, in quanto è con essa racchiuso in una unità indivisibile non operando ancora una differenziazione del sé dall'altro (Mangini, 2003). In particolare McDougall si rifà al processo di separazione-individuazione di Margareth Mahler, secondo cui, tra la fine del primo e l'inizio del secondo anno di vita, il bambino scopre che la madre è altra da sé: ciò provocherebbe nel bambino la perdita dell'illusione della propria unicità e onnipotenza (Castellazzi, 2000). Per la McDougall ogni esperienza affettiva con una persona significativa può riattivare l'originaria fantasmatica di vivere in un corpo unico primordiale (Mangini, 2003). Insieme a questa fantasmatica emerge anche quel fantasma persecutorio per cui la madre e il

bambino verranno fatti a pezzi o cesseranno di esistere se la loro identificazione primaria in un unico corpo non sarà mantenuta (McDougall, 1990). Quindi per la McDougall si genererebbe un'esplosione psicosomatica di un'angoscia che è prettamente un'angoscia psicotica di frammentazione:

”ecco che certe espressioni somatiche tendono a prendere il posto di questi terrori e desideri psicotici non riconosciuti e non verbalizzabili” (McDougall, 1990).

Dunque secondo la McDougall (che, come Margareth Mahler parla di superamento della simbiosi in termini di fasi di separazione-individuazione) il bambino supera l'angoscia di separazione suscitata dalla separazione tra sé e l'agente delle cure materne se la madre, durante le fasi di separazione-individuazione, fornisce delle risposte al bambino in modo tale che quest'ultimo interiorizzi la mamma come oggetto interno rassicurante. L'esperienza non angosciata della separazione facilita poi la strutturazione dell'Io (Mangini, 2003; Concato & Innocenti, 2010).

secondo Alexander: le malattie psicosomatiche dividono in due categorie:

- quelle che si generano a partire da un conflitto tra un bisogno di dipendenza infantile e la protesta narcisistica contro tale dipendenza -> il conflitto veicola quote di aggressività che porterebbe a disturbi psicosomatici come emicrania e ipertensione;
- quelle che si generano a partire da un conflitto tra un bisogno di dipendenza infantile e il rifiuto delle cure materne -> il conflitto veicola senso di colpa inconscio che porterebbe a disturbi psicosomatici come ulcera, diarrea, asma, colite, stipsi.

Le emozioni di cui parla Alexander sono affetti rimossi associati a conflitti infantili non risolti (Mangini, 2003).

FUNZIONAMENTO PSICOSOMATICO SECONDO MANGINI

In un paragrafo precedente sul pensiero abbiamo detto che in psicoanalisi si concepisce il pensiero come un pensiero che pensa per immagini. Esiste però anche la possibilità di elaborare dei pensieri senza immagini. Il problema che vogliamo evidenziare è che ci sono persone che non hanno immagini nel momento in cui devono risolvere una questione pulsionale. Questi sono i famosi pazienti psicosomatici: coloro che non sanno risolvere una questione pulsionale che possiede gli aspetti del trauma; dal momento che parliamo di eccitamenti che non sono immaginabili, rappresentabili, metaforizzabili in un pensiero. Tali pazienti scaricano direttamente nel somatico le pulsioni e gli affetti (intollerabili e non pensabili)

Ovviamente questi soggetti hanno gravi problemi con le loro emozioni: tuttavia ci sono sia pazienti gravi con malattie psicosomatiche, sia persone sane che in situazioni di particolare stress mostrano una reazione somatica al posto del loro pensiero (che in questa situazione solitamente è un pensiero logico-razionale, concreto e senza affetti). Dunque questo tipo di persone, a fronte di eventi che sarebbero emotivi per chiunque altro (come litigate, discussioni, amore, ecc...), gestiscono gli affetti a livello più basso possibile (fino a reprimerli) e non hanno l'ausilio di un pensiero per immagini. Non ce l'hanno proprio perché il pensiero per immagini non può che formarsi soltanto se si dà la possibilità all'affetto di contaminare il pensiero logico-razionale. Per esempio questo funzionamento si può vedere nel mondo degli affari: dove spesso è la normalità una prevalenza psicosomatica del pensiero (con l'eccezione dei grandi imprenditori visionari). Oppure esistono anche alcune categorie professionali che parlano esclusivamente di quello che fanno o non fanno, in maniera un po' stereotipata e asettica (lezioni Mangini, 2021). Uno degli aspetti peculiari dei pazienti psicosomatici è che si presentano in psicoanalisi senza sognare: Mangini chiama questa condizione come non-sogno, ossia un sonno in cui l'attività psichica del soggetto è indirizzata esclusivamente alla scarica pulsionale (come nei sogni evacuativi di Bion). Nel corso della cura però compaiono i primi sogni, i quali inizialmente hanno la particolarità di essere molto concreti e razionali e non accompagnati da associazioni da parte dei pazienti. In particolare per Mangini il primo sogno in analisi del paziente psicosomatico consiste in una prima forma di narrazione rappresentativa per l'apparato psichico dell'individuo. Da questo primo sogno si origineranno altri sogni (più complessi, meno concreti, meno razionali e più affettivi), indice di una maturazione dell'apparato psichico resa possibile dalla cura psicoanalitica (Bolognini, 2000).

Il modello lacaniano

LA QUESTIONE DELLO SPECCHIO

Lacan prende in considerazione un periodo che parte dal sesto mese di vita del bambino, durante il quale si può osservare che un bimbo, trovandosi davanti a uno specchio, riconosce la sua immagine specchiata, assumendola in modo trionfante in senso giubilatorio. Lacan parla proprio di incontro giubilatorio perché, in questo momento di incontro con la sua immagine, il bambino riesce a ridurre l'angoscia di frammentazione. Per Lacan lo stadio dello specchio dà origine alla fondazione della struttura dell'Io: l'Io sorge da questo rispecchiamento immaginario e si struttura fin da subito come Io 'altro-da-sé'. A differenza di Winnicott Lacan, nella formazione di un Io 'altro-da-sé', non parla mai di relazione o funzione materna (Mangini, 2003).

SIMBOLICO, IMMAGINARIO E REALE

Il ragionamento di Lacan parte dall'algoritmo S/s (dove S maiuscola sta per significante e s minuscola sta per significato). Con questa operazione Lacan ribalta la concezione del filosofo De Saussure su come interagiscono significante e significato (Mangini, 2003). In particolare, Ferdinand de Saussure nel suo *Corso di linguistica generale* del 1916 definisce la parola come la combinazione di significante e significato, due aspetti indissolubili della parola stessa, fondamenti di ogni lingua. Il significante concerne il piano dell'espressione, ovvero l'insieme degli elementi grafici e fonetici associati a un significato, che riguarda, al contrario, il piano del contenuto (Arena, 2020).

Definizione di immaginario: una delle tre dimensioni essenziali del campo psicoanalitico. Tale dimensione è contraddistinta dalla prevalenza della relazione con l'immagine del proprio simile (Laplanche & Pontalis, 1967).

L'immaginario corrisponde allo stadio dello specchio: si basa sul rispecchiamento e sull'ancoraggio visivo dell'immagine come significante (S). La dimensione dell'immaginario è preverbale e non segue le regole del linguaggio, ma appunto si basa esclusivamente sul rispecchiamento e presuppone sempre una relazione con se stessi specchiati nell'altro (seminari Tilli, 2023).

Definizione di simbolico: una delle tre dimensioni essenziali del campo psicoanalitico. Il simbolico designa l'ordine di fenomeni dei quali si occupa la psicoanalisi in quanto sono strutturati come un linguaggio (Laplanche & Pontalis, 1967).

Il simbolico corrisponde all'inconscio freudiano ed è governato dal linguaggio (per Lacan linguaggio e inconscio sono governati dalle stesse regole). A differenza dell'immaginario segue le regole del linguaggio e si basa sui significati (s). Nel modello lacaniano si dice che il simbolico rompe il rispecchiamento dell'immaginario: questo perché il linguaggio, che attribuisce un significato al significante, agisce come un terzo (funzione paterna) che fa sì che si possa attribuire dei significati ad elementi immaginari. Il simbolico presuppone sempre una relazione a due: come avviene nel transfert (seminari Tilli, 2023).

Il reale si definisce come dimensione dell'impossibile essendo ciò che resiste sia alla cattura immaginaria che alla presa del simbolico e del linguaggio. Il reale non ha a che fare con la realtà esterna (perché essa fa parte dell'immaginario). Il reale riguarda le fantasie e i fantasmi originari caotici dell'Es. Vediamo il reale negli acting out puri (senza senso) e nelle allucinazioni (Mangini, 2003).

CAPITOLO 2: DIAGNOSI, TRATTAMENTO, CAMBIAMENTO DEL PAZIENTE E SUPERVISIONE

I colloqui iniziali hanno quindi come scopo essenziale quello di definire un'accurata diagnosi psicodinamica, e non quello di fornire un trattamento. Nell'intervista psicodinamica iniziale i pazienti hanno bisogno di raccontare le loro storie in maniera personale e spontanea: perciò un terapeuta saggio lascerà che il paziente all'inizio parli liberamente, in modo da cominciare a comprendere chi è e che cosa è importante per lui. Il terapeuta deve poi raccogliere le prime informazioni che consentono lo sviluppo di una diagnosi descrittiva basata sui sintomi e sulla storia del paziente. (Gabbard, 2005). L'obiettivo della psicodiagnosi a orientamento psicoanalitico, non è certo quello di predire direttamente in modo specifico il comportamento che il soggetto di esame assumerà in futuro, ma di valutare la struttura della personalità. La psicodiagnosi dunque, offrendo al terapeuta un quadro generale della personalità del soggetto, diviene un valido punto di riferimento per tracciare un piano di trattamento tale da poter procedere con più sensibilità e maggiore sicurezza nella psicoterapia (Castellazzi, 2000).

PERCHÉ LA DIAGNOSI?

La diagnosi offre almeno cinque vantaggi secondo Nancy McWilliams (2012):

- 1) Pianificare il trattamento
- 2) Dare informazioni sulla prognosi
- 3) Aiuta il terapeuta a comunicare empatia
- 4) Riduce la probabilità di abbandono del trattamento
- 5) *Aiuta gli utenti dei servizi di salute mentale*

Funzionamento della personalità in tre livelli di funzionamento

Storicamente gli psicoanalisti hanno concepito il funzionamento mentale lungo un continuum dall'organizzazione più disturbata a quella più sana. Sotto quest'ottica la personalità individuale viene considerata a partire da livello evolutivo e stile difensivo (McWilliams, 2012).

ORGANIZZAZIONE NEVROTICA DELLA PERSONALITÀ

Personalità che gli analisti attuali considerano organizzate a un livello nevrotico sono quelle che ricorrono prevalentemente alle difese più mature o di secondo ordine e raramente usano quelle primitive (magari in momenti di insolita tensione). Infatti queste persone si rivolgono alla terapia non tanto per problemi nel senso di sicurezza o di competenza, quanto piuttosto perché si trovano in conflitto tra ciò che desiderano e gli ostacoli (interni e/o esterni) che vi si oppongono. Nel funzionamento nevrotico si assiste ad una conflittualità interna: di cui è un esempio prototipico il paziente che presenta un conflitto tra ciò che desidera e ciò che teme, sperimentando per esempio un'angoscia relativa a desideri che realizzerebbero anche sensi di colpa e/o vergogna. I nevrotici presentano anche un senso integrato della propria identità, hanno un solido contatto con la realtà e hanno scarso bisogno di distorcere le cose per assimilarle. Riguardo al Sé inoltre i nevrotici mostrano ben presto in terapia la capacità di realizzare quella che Sterba ha definito “scissione terapeutica” tra la parte del Sé che vive l'esperienza e l'Io osservante: ciò fa sì che si stabilisca rapidamente con il terapeuta un'alleanza di lavoro, nella quale, l'Io osservante del paziente e il clinico collaborano nella scoperta di difese, conflitti, fantasie, sentimenti, tensioni inconsce, ecc.... La psicopatologia dei soggetti nevrotici è in gran parte egodistonica: ossia considerano strano e insolito ciò che lo ha spinto ad andare in terapia. La psicoanalisi (sia quella intensiva classica sia la psicoterapia a orientamento psicoanalitico) viene considerata come il trattamento (in quanto terapia espressiva) che si presta meglio ai pazienti nevrotici; i quali si propongono di modificare il proprio carattere o di ottenere una profonda conoscenza di se stessi. La ricerca di difficili verità è infatti possibile con i pazienti nevrotici; poiché la loro autostima è sufficientemente elastica da consentirgli di sopportare alcune scoperte sgradevoli (senza usare meccanismi di difesa primitivi per affrontarle). Con i pazienti nevrotici si hanno benefici quando i conflitti del Sé del paziente diventano egosintonici grazie alle classiche interpretazioni psicoanalitiche (dalla superficie al profondo) che svelano all'Io osservante del paziente le difese inconsce che sono all'opera. Tra gli scopi del trattamento si includono la rimozione degli ostacoli inconsci per la piena gratificazione del paziente nelle sue aree della vita e della quotidianità (come lavoro, amore, socialità, ecc...). Rispetto a transfert e controtransfert col paziente nevrotico, questi pazienti hanno avuto esperienze affettive sufficienti per presumere la benevolenza del terapeuta e poter cooperare con lui, dunque il controtransfert del terapeuta non sarà mai troppo intenso

(come invece accade col trattamento dei borderline e degli psicotici) (McWilliams, 2012).

ORGANIZZAZIONE PSICOTICA DELLA PERSONALITA'

I teorici oggettuali indicano come esperienze relazionali tipiche dei pazienti psicotici (nonché primo compito evolutivo) problematiche di dipendenza/simbiosi. Queste problematiche in particolare portano ad una conflittualità nell'esame di realtà: per cui il paziente, in uno stato ancora fusionale e precedente alla separazione non riesce a differenziare il proprio mondo interno dalla realtà esterna. La dipendenza/simbiosi quindi comporta che il paziente sperimenti un'angoscia relativa alla frammentazione e all'annihilamento. Personalità che gli analisti attuali considerano organizzate a un livello psicotico sono quelle che ricorrono alle preverbal e prelogiche difese primitive (e non alle più evolute) per proteggersi da un senso di confusione e di terrore esistenziale (c.d. angoscia primaria). Persone con una struttura del carattere psicotica non possiedono un senso integrato della propria identità, non hanno un'esperienza interiore di continuità temporale del Sé: sia il proprio, sia quello degli altri. Le persone di livello psicotico non sono ancorate alla realtà; e hanno bisogno di distorcere le cose per assimilarle. Riguardo al Sé inoltre gli psicotici mancano della capacità di realizzare una "scissione terapeutica" per vari motivi: indifferenziazione tra la parte del Sé che vive l'esperienza e l'Io osservante, mancanza di un confine tra esperienza interna ed esperienza esterna (con conseguente assenza della fiducia di base verso il clinico). Nelle persone psicotiche manca una "funzione riflessiva" necessaria per lo sviluppo cognitivo e ci sono problemi con la capacità di astrazione. La psicoterapia di sostegno si presta come l'approccio terapeutico più adatto per i pazienti psicotici. In questa terapia il terapeuta assume un ruolo educativo che si esprime nella normalizzazione: in particolare il clinico dovrà cercare di fare chiarezza nel paziente riguardo la sua confusione cognitiva riguardo alle emozioni e alle fantasie. In concreto gli psicotici hanno bisogno di un'informazione esplicita su cosa siano i sentimenti, sul differenziarli dalle azioni, sul fatto che siano reazioni naturali insite nell'umanità, e su quanto siano universali e comuni a tutti gli uomini le preoccupazioni che gli psicotici ritengono (in maniera distorta) uniche ed esclusive del loro dramma. Tra gli scopi del trattamento si includono il supporto della dignità del paziente in quanto essere umano, il supporto della sua autostima, della sua forza dell'Io e del suo bisogno di essere guidato. La ricerca di difficili verità non è possibile con i pazienti psicotici; poiché utilizzano meccanismi di difesa primitivi (in primis proiezioni e identificazioni proiettive psicotiche) per sopportare/tenere lontane alcune scoperte sgradevoli e in generale le interpretazioni del clinico. Infatti, da un punto di vista tecnico, occorre formulare interpretazioni "dalla profondità alla superficie" e NON "dalla superficie alla profondità" (come avviene nella terapia con pazienti nevrotici). Se nei nevrotici (anche paranoici) è sufficiente interpretare il transfert (mettendo in luce proiezioni del

paziente di persone negative del passato o di parti negative del proprio se'), nei pazienti psicotici (come già detto) questo tipo di interpretazione sul transfert risulterà deleteria e avvertita come persecutoria (confermando le aspettative distruttive del paziente). Il primo lavoro del clinico nell'impostare una psicoterapia di sostegno consiste nel dimostrare affidabilità al paziente mettendo al centro della relazione la sicurezza, il rispetto e l'onestà. Nell'alleanza terapeutica il clinico non deve mai dimenticare di disconfermare il delirio, di disconfermare la propria diversità dalle immagini primitive del paziente psicotico del terapeuta come un essere autoritario, ostile e onnipotente: in ogni caso occorre che il clinico agisca in modo opposto rispetto alle aspettative distruttive del paziente psicotico. Quindi il clinico dovrà comportarsi come un essere umano alla pari (conservando comunque il ruolo di professionista esperto). Inoltre danno sollievo ai pazienti psicotici tutti gli interventi dove il clinico accoglie il loro mondo e non opera stigmatizzazioni nei loro confronti (un atteggiamento a cui questi pazienti sono abituati solitamente): in questo caso saranno subito grati verso un clinico che non cerchi di classificarli come malati/bizzarri e gli prescriva soltanto farmaci. Il controtransfert con i pazienti psicotici è simile ai sentimenti materni verso un bimbo che ha meno di un anno e mezzo: tenero e affettuoso nel suo attaccamento, ma terrificante nei suoi bisogni (occorre difatti essere disposti a "lasciarsi divorare vivi"). In genere il paziente psicotico non è oppositivo o irritante, ma richiede dispendio alto di nostre risorse psicologiche. Inoltre il paziente psicotico riesce a vedere con sconcertante chiarezza pregi e difetti del clinico, riuscendo ad accedere a realtà profondamente sconvolgenti a cui tutti preferiremmo non accedere (McWilliams, 2012).

ORGANIZZAZIONE BORDERLINE DELLA PERSONALITA'

Personalità che gli analisti attuali considerano organizzate a un livello borderline ricorrono prevalentemente alle difese primitive e raramente usano quelle di secondo ordine. I teorici oggettuali indicano come esperienze relazionali tipiche dei pazienti borderline (nonché secondo compito evolutivo) problematiche di separazione/individuazione. Queste problematiche in particolare portano ad una conflittualità nei rapporti interpersonali: per cui il paziente è divorato da un conflitto che oscilla tra il polo della fusionalità totale con l'oggetto e il polo dell'abbandono totale e traumatico (senza ovviamente possibilità per alternative intermedie). La separazione/individuazione quindi comporta che il paziente sperimenti un'angoscia relativa alla separazione. I teorici oggettuali indicano come esperienze relazionali tipiche dei pazienti borderline problematiche di identificazione. Bisogna tuttavia sottolineare che il paziente border e quello psicotico differiscono nel sistema difensivo per la risposta all'interpretazione della difesa operata dal terapeuta: il paziente border infatti mostrerà una temporanea recettività ed una certa riduzione nell'ansia: invece tutto ciò è assente negli psicotici. Persone con una struttura del carattere borderline,

similmente agli psicotici, possiedono un senso non molto integrato della propria identità: oscillano caoticamente tra uno stato e l'altro dell'Io, non riuscendo a integrare aspetti differenti del Sé. In terapia il clinico incapperà in un fallimento se tenta di rivolgersi, come per i nevrotici, ad un Io osservante molto debole e disintegrato nel paziente (soprattutto quando è arrabbiato/ostile). Inoltre nelle persone borderline manca una “funzione riflessiva” necessaria per mentalizzare gli stati emotivi personali come distinti da quelli altrui. Data l'instabilità e la non integrazione degli stati dell'Io del paziente borderline, è stata individuata come condizione critica della terapia la definizione della cornice terapeutica (che deve essere rigidamente applicata). In questa cornice non sono inclusi soltanto gli accordi per onorario, durata e frequenza delle sedute; ma anche regole e sanzioni che disciplinano i confini e i limiti della relazione terapeutica (le questioni in ballo sono potenzialmente illimitate con i pazienti borderline). Da notare che l'esplicitazione di tali confini e regole appaiono superflue (per un nevrotico) o angosianti (per uno psicotico). Il principio cardine della terapia col paziente borderline è quindi il mantenimento della terapia attraverso l'esplicitazione dei suoi confini e di sanzioni in caso di inadempimento. Ovviamente i pazienti inizialmente reagiranno con rabbia di fronte alle regole fissate dal clinico; tuttavia da esse riceveranno due messaggi terapeutici: il fatto che il terapeuta si fidi che il paziente possa tollerare la frustrazione; il fatto che il terapeuta offra un modello per garantirsi il rispetto. Quindi il lavoro relativo alle condizioni della cornice della terapia è esso stesso la terapia! Tra gli scopi del trattamento si includono lo sviluppo di un Sé integrato e complesso; la capacità di amare gli altri (nonostante i loro difetti e le loro contraddizioni); la capacità di regolare e tollerare una vasta gamma di emozioni. La ricerca di difficili verità è molto difficile con i pazienti borderline; poiché considerano come degli attacchi personali e intrusivi la scoperta di parti del loro Sé di cui non erano consapevoli, specialmente se tramite interpretazioni tipiche del trattamento per i nevrotici (dove l'Io osservante collabora solidamente per elaborare l'interpretazione come informazione supplementare riguardo il proprio Sé). Questa reazione di sentirsi attaccato deriva dall'incapacità del paziente di tollerare l'ambivalenza e l'ambiguità. Pertanto sarà utile proporre al paziente borderline le interpretazioni come semplici ipotesi e non come affermazioni. Rispetto al paziente nevrotico possono occorrere anche diversi anni per sviluppare una solida alleanza terapeutica: infatti nel transfert col paziente borderline il terapeuta o è completamente buono oppure è completamente cattivo (viene svalutato o idealizzato anche da un giorno all'altro). Il controtransfert con i pazienti borderline è intenso e disturbante per i loro attacchi ostili: da ciò si richiede ai terapeuti che hanno in cura pazienti borderline uno sforzo non indifferente in termini di capacità negativa (McWilliams, 2012).

LIVELLO DI ORGANIZZAZIONE DELLA PERSONALITÀ	LIVELLO NEVROTICO	LIVELLO BORDERLINE
DIMENSIONE EVOLUTIVA DEI MECCANISMI DI DIFESA	Meccanismi di difesa maturi	Meccanismi di difesa primitivi
NATURA DEI CONFLITTI	Intrapsichica	Interpersonale
MENTALIZZAZIONE E FUNZIONE RIFLESSIVA	Integra e funzionante	Deficitaria
FORZA DELL'IO	- Controllo degli impulsi - Regolazione delle emozioni - Giudizio	- Disregolazione degli impulsi e delle emozioni - Impulsività
COESIONE DEL Sé E DELL'IDENTITÀ	Integrità del Sé e dell'identità	Sé non integrato e diffusione dell'identità
ESAME DI REALTÀ	Ottimo	Ottimo (quasi sempre)
IO OSSERVANTE	Presente	Assente
TOLLERANZA DELL'AMBIGUITÀ	Sì	No

(Gabbard, 2005)

Meccanismi di difesa

I meccanismi di difesa sono meccanismi automatici dell'Io, operano inconsciamente e servono ad evitare il contatto o il riconoscimento con rappresentazioni inaccettabili e l'angoscia che ne deriva (lezioni Marogna, 2022). Oltre a questo aspetto, il terapeuta ad orientamento psicodinamico vede le difese come meccanismi diretti a preservare un senso di autostima di fronte a vergogna e vulnerabilità narcisistica; allo scopo di garantire un senso di sicurezza quando l'individuo si sente gravemente minacciato, abbandonato, attaccato dall'esterno o in balia altri stati emotivi negativi (Gabbard, 2005). Le difese perseguono l'obiettivo di mantenere un equilibrio e un omeostasi psichica per permettere all'individuo di funzionare in modo stabile di fronte a ostacoli e difficoltà della vita. Nel contesto della teoria psicoanalitica le difese hanno origine da un conflitto interno o intrapsichico: dall'incontro dei bisogni e desideri con le proibizioni e la realtà esterna che ne impediscono la realizzazione (Lingiardi & McWilliams, 2017). Quando si valuta la personalità di un paziente le difese sono quasi sempre iscritte nei suoi modi di porsi in relazione con gli altri e con se stesso: per cui difese specifiche sono legate a specifici tipi di personalità (o in alcuni casi a disturbi di

personalità specifici) (Gabbard, 2005). Infatti gli psicoanalisti ritengono che tutti noi abbiamo alcune difese preferenziali che sono diventate parte integrante del nostro stile individuale di affrontare i problemi (McWilliams, 2012).

CARATTERISTICHE DEI MECCANISMI DI DIFESA

- 1) Operano inconsciamente
- 2) Si sviluppano con la maturazione durante l'infanzia
- 3) Sono presenti nella personalità sana
- 4) Vengono usate più spesso nei momenti di difficoltà
- 5) Riducono l'esperienza cosciente delle emozioni negative
- 6) Quando le difese sono usate eccessivamente si correlano con la psicopatologia

I meccanismi di difesa possono essere poi considerati secondo un'organizzazione gerarchica primitivi o maturi. Le difese primitive sono quelle che operano nel confine tra il Sé e la realtà esterna: in particolare, si tratta di meccanismi di difesa che cercano di alterare/distorcere la realtà esterna per poterla far accettare al Sé. Esse operano in modo indifferenziato e globale in tutta la dimensione sensoriale della persona (fondendo dimensioni comportamentali, cognitive, affettive, ecc...). Le difese primitive sono prelogiche, preverbal, pre razionali, totalizzanti, iscritte nel registro dell'immaginario lacaniano e del pensiero magico. Le difese primitive sono semplicemente i modi in cui noi riteniamo che il bambino piccolo percepisca il mondo: infatti tali modalità di esperienza sono presenti in ognuno di noi. Difatti costituisce un problema l'assenza di difese mature; e non la presenza di quelle primarie. Le difese mature sono invece quelle che operano dentro i confini del Sé (es.: Io VS Es oppure Super-Io; Io VS Io osservante): pertanto sono difese che non cercano di alterare la realtà esterna per poterla accettare dal Sé (McWilliams, 2012).

DIFESA CON LA SUA DESCRIZIONE <i>*colore arancione=difesa primitiva</i> <i>colore azzurro=difesa matura</i>	PERSONALITA' DOVE E' MAGGIORMENTE PRESENTE	AUTORE
DINIEGO Consiste nel denegare una parte della realtà interna e agisce sulla percezione. In particolare il diniego permette il disconoscimento di dati sensoriali provenienti dal mondo interno (ma anche esterno) fortemente destabilizzanti. È governato dalla convinzione prelogica del: "se non lo riconosco non succede".	Masochistica	Selma Fraiberg
PROIEZIONE Consiste in un processo nel quale si proietta nell'altro parti interne del proprio Sé ripudiate (in genere un oggetto interno cattivo e persecutorio).	Paranoide	Melanie Klein
INTROIEZIONE Consiste in un processo nel quale erroneamente un qualcosa del mondo esterno (oggetto esterno buono) viene considerato come proveniente dall'interno. In genere l'introiezione si impiega per gestire il trauma della perdita. In particolare ci si sente incompleti senza l'oggetto perduto e lo si assume nel proprio Sé.	Depressiva	Melanie Klein
IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA Consiste in un processo duale nel quale il paziente proietta oggetti interni cattivi o parti di sé non gradite e applica un controllo per cui la persona su cui sono proiettati gli oggetti si comporta effettivamente in quel modo. L'identificazione proiettiva pertanto indica il modo in cui una persona fa uso di un'altra persona per sperimentare, contenere e controllare un aspetto indesiderato di se stessa. In terapia quindi il paziente non si limita a vedere il clinico in maniera distorta, ma fa pressioni su di esso intese a far sperimentare nel terapeuta l'identità che la	Funzionamento borderline in generale	Melanie Klein

fantasia inconscia del cliente attribuisce al clinico. L'identificazione proiettiva, secondo Ogden (1982) si compone di tre fasi: 1) Proiezione (dei contenuti negativi); 2) Pressione interpersonale sull'altro; 3) Reinternalizzazione (per cui il ricevente può rielaborare i contenuti proiettati) o Evacuazione (senza rielaborazioni).		
IDEALIZZAZIONE E SVALUTAZIONE Consiste in un processo nel quale le persone si rassicurano idealizzando come onnipotenti gli altri o alcune parti del proprio Sé per non provare, attraverso la fusione con l'oggetto idealizzato perfetto, vergogna rispetto alle proprie imperfezioni. La svalutazione invece è l'altra faccia della medaglia dell'idealizzazione: ossia quando ci si rende conto che l'oggetto idealizzato e onnipotente è solamente un'illusione, lo si svaluta immediatamente.	Narcisistica	Sandor Ferenczi
SCISSIONE Consiste in un processo nel quale il paziente da una parte idealizza una certa caratteristica di un oggetto o del proprio Sé; mentre dall'altra parte ignora completamente o svaluta una caratteristica opposta ma presente e che genererebbe ambivalenza. Nella scissione a polarizzarsi possono essere oggetti della realtà esterna e/o qualità generali del Sé.	Funzionamento borderline in generale	Sigmund Freud
ACTING OUT Consiste nello scaricare un'azione di un'emozione, con lo scopo inconscio di dominare stati affettivi intollerabili e soprattutto non verbalizzabili.	Nessuna in particolare, ma se esistesse sarebbe la personalità impulsiva	Sigmund Freud
SOMATIZZAZIONE Consiste nello scaricare in sintomi somatici un'emozione, con lo scopo inconscio di dominare	Somatizzante	Sigmund Freud

stati affettivi intollerabili e soprattutto non verbalizzabili.		
CONTROLLO ONNIPOTENTE Consiste in un processo nel quale le persone si rassicurano e si gratificano tramite un bisogno irresistibile di provare un senso di controllo onnipotente (totale e infantile) sul mondo, interpretando le esperienze come frutto del proprio illimitato potere.	Antisociale	Sandor Ferenczi
FANTASIA SCHIZOIDE Consiste nell'utilizzare delle fantasie o rifugiarsi in un diverso stato di coscienza (addormentarsi, drogarsi pesantemente) per sottrarsi a delle situazioni interpersonali o sociali (le quali genererebbero delle tensioni).	Schizoide	Nancy McWilliams
DISSOCIAZIONE Consiste nella discontinuità dell'esperienza del proprio Sé e della propria identità (anche a livello cognitivo e di memoria).	Dissociativa	Nancy McWilliams
RIMOZIONE Consiste nel non ricordarsi qualcosa. Ovviamente ci devono essere gli elementi per poter affermare che i contenuti rimossi sono/erano diventati inaccessibili alla coscienza perché intollerabili.	Isterica	Sigmund Freud
FORMAZIONE REATTIVA Consiste in un processo nel quale un certo affetto viene convertito nel suo opposto. La finalità della formazione reattiva è quella di gestire in modo più evoluto l'ambivalenza.	Nessuna in particolare	Anna Freud
SPOSTAMENTO Consiste in un processo nel quale un affetto, un comportamento, ecc... diretto verso un certo oggetto viene spostato verso un nuovo bersaglio.	Fobica	Sigmund Freud
CAPOVOLGIMENTO Consiste in un processo nel quale viene creato	Masochistica	George Silberschatz

uno scenario in cui la propria posizione passa da quella del soggetto a quella di oggetto o viceversa (da una posizione di attività a una di passività o viceversa).		
ANNULLAMENTO RETROATTIVO Consiste in un processo inconscio nel quale controbilanciamo un affetto (solitamente un senso di colpa o di vergogna) legato ad un evento con un comportamento che magicamente lo cancelli.	Compulsiva	Anna Freud
ISOLAMENTO DELL’AFFETTO Consiste nel processo per cui la valenza emotiva di un affetto viene rimossa o denegata. Nell'isolamento dell'affetto è tipico idealizzare la parte razionale (del pensiero) e svalutare la parte affettiva (del sentimento). In genere chi utilizza massicciamente questa difesa riferisce di non provare sentimenti.	Ossessivo-compulsiva	Anna Freud
INTELLETTUALIZZAZIONE Sottocategoria di isolamento dell'affetto in cui non si denega o non si rimuove la valenza affettiva. Chi utilizza massicciamente questa difesa non riferisce di non provare sentimenti; ma li constata e li esprime in maniera palesemente anaffettiva.	Ossessivo-compulsiva	Anna Freud
RAZIONALIZZAZIONE Consiste in un processo nel quale si cerca di convincersi dando una spiegazione alternativa di tipo razionale in senso retroattivo a un fatto spiacevole, doloroso, non favorevole. In genere viene denegata ogni spiegazione che ammette responsabilità dirette.	Nessuna in particolare	Nancy McWilliams
COMPARTIMENTAZIONE Consiste in un processo nel quale due condizioni (a livello conscio) opposte, in conflitto, vengono accolte contemporaneamente, senza coglierne la contraddizione, per evitare che creino sensi di	Nessuna in particolare	Nancy McWilliams

colpa, vergogna o ansia.		
VOLGERSI CONTRO IL SE' Consiste nel processo per cui si sposta un affetto (in genere il senso di colpa) o un atteggiamento da un oggetto esterno verso il Sé. Può essere considerata una forma più evoluta di introiezione: infatti gli affetti e gli atteggiamenti esterni incamerati nel sé non vengono introiettati per intero (come nell'introeiezione), ma solo parzialmente.	Depressiva (nevrotica)	Anna Freud
IDENTIFICAZIONE Consiste in un processo nel quale deliberatamente (e parzialmente a livello inconscio) cerchiamo di diventare come un'altra persona. L'identificazione può spaziare da un'assimilazione totale dell'altro fino ad un'assunzione selettiva (che arricchisce il Sé) di alcune qualità e caratteristiche altrui.	Nessuna in particolare	Anna Freud
REGRESSIONE Consiste in un processo nel quale, raggiunto un obiettivo o un nuovo livello di competenza, inconsciamente tendiamo a rifugiarci/aggrapparci a ciò che ci è familiare (per esempio comportamenti infantili).	Nessuna in particolare, ma se esistesse sarebbe la personalità infantile	Anna Freud
SUBLIMAZIONE Consiste in un processo nel quale si escogita un modo utile e creativo per esprimere impulsi pulsionali problematici.	Nessuna in particolare	Sigmund Freud
UMORISMO È la capacità di ridere in senso difensivo delle proprie contraddizioni, difficoltà, debolezze e paure.	Maniacale	Sigmund Freud

Stili di personalità

In psicologia dinamica definiamo la personalità come un insieme di modalità relativamente stabili di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri. Il concetto di personalità descrive il tipo di adattamento e il modo di vivere caratteristici di ogni individuo. Si utilizza il termine stile, anziché disturbo, per descrivere una configurazione più o meno stabile (e non necessariamente psicopatologica) della personalità di un individuo. Parlare di “stili” significa sottolinearne anche le risorse degli individui oltre agli aspetti potenzialmente patologici (Lingiardi & McWilliams, 2017).

STILE DI PERSONALITA'	OSSESSIVO-COMPULSIVA (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si parla di personalità ossessiva e compulsiva quando la persona è psicologicamente determinata dalla predominanza del pensiero (personalità ossessiva) e dall'azione (personalità compulsiva) rispetto al sentimento e alla dimensione degli affetti: gli ossessivi sopravvalutano l'attività razionale del pensiero rispetto alla dimensione affettiva. Ossessivi e compulsivi evitano la complessità delle situazioni affettivamente cariche, riservando semmai attenzione su piccoli minimi particolari o dettagli di tali situazioni. Questo stile di personalità si divide in anacritico e introiettivo: in particolare gli ossessivo-compulsivi introiettivi sono molto preoccupati dai problemi interni di controllo e rettitudine morale; mentre gli ossessivo-compulsivi anacritici invece sono molto più preoccupati da problemi che hanno un riflesso sul mondo esterno. Entrambe le preoccupazioni sono legati alla miglior decisione da prendere (ossia quella che sarà meno criticabile dagli altri o quella più moralmente giusta). I pazienti ossessivi soffrono di mania dubitativa: ossia, nel tentativo di mantenere aperta ogni possibile opzione (per avere il controllo ~ immaginario ~ su qualsiasi tipo di esito), finiscono per paralizzarsi, procrastinare “alle calde greche” e per non prendere nessuna decisione (fluttuando nelle ambivalenze di opzioni contrapposte). Inoltre i processi decisionali di queste persone sono dominati dalla paura di prendere la decisione sbagliata (che qualora venisse presa genererebbe colpa o vergogna) e da un alto

	tasso di razionalità (sono tipiche le liste delle opzioni con pro e contro). Invece i pazienti compulsivi superano questo empasse decisionale agendo compulsivamente senza prima considerare le alternative possibili. Questi pazienti, per formare l'autostima danno valore all' autocontrollo più che a ogni altra cosa: diventano quindi centrali per loro virtù come la disciplina, l'ordine, l'integrità, la perseveranza, ecc... Quando invece non riescono a stare in pace con se stessi rispetto ai loro standard di pensiero o di comportamento, gli ossessivi e i compulsivi diventano depressi (e si abbandonano alla colpa o alla vergogna a seconda della loro natura introiettiva o anacritica).
ORIGINE	Il conflitto affettivo di base nelle persone ossessivo-compulsive è tra la rabbia di essere controllati e la paura di essere puniti: ciò implica che la loro affettività sia repressa, moralizzata o razionalizzata. Freud pensava che le persone ossessive-compulsive presentassero una fissazione anale (con particolare attenzione nella loro vita alla pulizia, alla puntualità, all'ordine, all'ostinazione, ecc... ~ e all'immaginario anale rispetto ai temi della pulizia, del denaro e del tempo). I genitori di persone ossessive e compulsive sono caregiver che impongono standard molto alti ai loro figli e si aspettano da questi ultimi una precoce conformità a tali principi -> questa psicologia (di tipo anacritico) è dominata dalla vergogna (di essere inadeguati rispetto allo standard di perfezione imposto dal genitore). Oppure abbiamo i genitori delle famiglie tradizionali; che spingono molto sull'importanza moralistica dei loro precetti -> questa psicologia (di tipo introiettivo) è dominata dal senso di colpa (per non aver raggiunto uno standard morale imposto dal genitore).
DIFESE	ISOLAMENTO DELL’AFFETTO, INTELLETTUALIZZAZIONE, ANNULAMENTO RETROATTIVO (di senso di colpa o vergogna)
TRANSFERT	Il paziente considera il terapeuta come un genitore devoto e compiacente; ma altamente giudicante e pieno di pretese.
CONTROTRANSFERT	I terapeuti possono provare insofferenza davanti all'uso

	massiccio dell'isolamento dell'affetto: per cui i clinici possono sentirsi emotivamente distanti dal paziente o essere annoiati nell'ascoltare continue ruminazioni, liste dei pro e dei contro con forti intellettualizzazioni.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- evitare che il clinico si trasformi nell'equivalente del genitore esigente e controllante del paziente; - le interpretazioni dell'analista non siano espresse in forma di intellettualizzazione e non si rivolgano al piano cognitivo del paziente; - aiutare il cliente a riconoscere e a nominare i propri stati affettivi; - promuovere un discorso poetico e ricco di metafore, analogie e rappresentazioni da legare agli affetti.

STILE DI PERSONALITA'	NARCISISTICA (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si parla di personalità narcisistica quando la persona è psicologicamente determinata dal mantenimento dell'autostima tramite conferme proveniente dall'esterno. Kohut ha coniato il termine di oggetto-Sé per indicare le persone che nella nostra vita alimentano l'autostima attraverso la loro approvazione, ammirazione e conferma. I narcisisti hanno estremo bisogno di circondarsi in continuazione di oggetti-Sé, al punto che gli altri diventano mere appendici narcisistiche. Nella letteratura clinica si distinguono due tipi di narcisista: quello grandioso o “dalla pelle dura” (pieno di vuoto) e quello autocritico o “dalla pelle sottile” (vuoto, ma riempito di interiorizzazioni critiche). Tuttavia le due categorie hanno in comune l'essere terrorizzati da un senso diffuso di inadeguatezza, vergogna e inferiorità. I narcisisti si pongono obiettivi assolutamente irrealistici per compensare i difetti del loro senso del Sé e si convincono di averli raggiunti (esito grandioso) oppure rispondono al fallimento avvertendo dentro il Sé un grave difetto e non accettano di essere fallaci (esito autocritico). Questa ricerca di perfezionismo (unità all'oggettualità narcisistica) favorisce lo sviluppo del falso Sé

	winnicottiano: ossia il mostrarsi agli altri in base solamente agli aspetti del Sé che vengono ritenuti socialmente accettabili. Sul piano affettivo i narcisisti provano come emozioni principali senso di colpa o di vergogna. Il senso di colpa viene interpretato come la convinzione di essere cattivi o di poter fare qualche azione malevola, in base a un genitore critico interiorizzato che nutre un Super-Io severo. Il senso di vergogna viene interpretato come la convinzione di essere deboli, vuoti e impotenti. Un'altra emozione molto comune nei narcisisti è l'invidia: l'invidia verso coloro che appaiono soddisfatti o che possiedono quelle risorse che secondo il narcisista a lui mancano.
ORIGINE	I genitori di persone narcisistiche sono caregiver che consideravano i propri figli come oggetti-Sé, come appendici narcisistiche. Un'altra opzione è quella di genitori che alimentavano un'atmosfera di continua valutazione dei figli.
DIFESE	IDEALIZZAZIONE E SVALUTAZIONE: quando il Sé è svalutato gli altri sono idealizzati; quando il Sé è idealizzato gli altri sono svalutati.
TRANSFERT	L'analista diventa l'ennesimo oggetto-Sé; l'ennesimo contenitore usato dal paziente per il mantenimento dell'autostima. Il terapeuta, oltre a essere usato come oggetto-Sé, è anche oggetto di continue svalutazioni e idealizzazioni.
CONTROTRANSFERT	Ci si sente usati come contenitori per l'autostima.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	Secondo Kohut l'analista deve accogliere benevolmente la svalutazione e l'idealizzazione del paziente, dando conforto al paziente tramite empatizzazione con la sua esperienza (una specie di psicoterapia di sostegno) -> approccio efficace nel paziente borderline o psicotico. Secondo Kernberg l'analista deve interpretare le difese e mettere pazientemente il narcisista a confronto con la propria grandiosità -> approccio efficace nel paziente nevrotico.

STILE DI PERSONALITA'	DEPRESSIVO (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si distingue in personalità depressiva anaclitica e introiettiva: I depressivi introiettivi sono convinti di essere fondamentalmente cattivi e di essere intrinsecamente distruttivi. In particolare, questi pazienti hanno tratto dalle loro esperienze di perdite non elaborate la convinzione che sia stato qualcosa in loro ad allontanare l'oggetto. Il senso di colpa è centrale nella psicologia depressiva introiettiva e a tal proposito un tema ricorrente del depresso è la frase:” mi capitano cose brutte perché me le merito”. I depressivi anaclitici invece non sono convinti di essere fondamentalmente cattivi; ma pensano di essere inadeguati e desiderosi del contatto altrui, e condannati ad una vita di delusioni. È più probabile che provino vergogna (perché nessuno se li fila) piuttosto che senso di colpa (per cui non si meriterebbero l'amore).
ORIGINE	Freud pensava che le persone depressive presentassero una fissazione orale (con particolare attenzione nella loro vita al trauma originario di uno svezzamento troppo brusco o troppo precoce). In primo luogo nelle personalità depressive non mancano perdite precoci e/o ripetute (morti o divorzi/separazioni) di natura traumatica. In genere un lutto grave nella fase di separazione-individuazione è praticamente garanzia di dinamiche depressive. La perdita precoce però può non essere reale, ma legata più che altro a un dover rinunciare a comportamenti di dipendenza troppo prematuramente (quando non si è pronti a farlo).
DIFESA	INTROIEZIONE e VOLGERSI CONTRO IL SE'
TRANSFERT	All'inizio della terapia i depressivi si attaccano subito al terapeuta, lo ritengono benevolo, sono toccati dalla sua empatia, si impegnano per essere “bravi pazienti” e apprezzano tantissimo anche i minimi insight. Durante la terapia proiettano ostilità nel terapeuta (quando si prospetta di realizzare dei cambiamenti nella loro vita) e criticano che

	quest'ultimo non fa nulla per cambiare le cose: ed è importantissimo per il clinico sapere che in questa fase della terapia i pazienti stanno proiettando l'ostilità e le lamentele che in genere erano introiettate o rivolte contro il loro Sé.
CONTROTRANSFERT	All'inizio della terapia i sentimenti transferali spaziano da un attaccamento benevolo fino a fantasie onnipotenti e salvifiche (idealizzazione): il clinico si sente come il genitore benevolo che il paziente non ha mai avuto. Con le persone introiettive, il terapeuta può proprio avere la sensazione che a parlare in seduta sia l'oggetto introiettato, anziché il paziente. Durante lo svolgimento della terapia ci si sente incompetenti e dannosi: vuoti con i depressi anaclitici e non abbastanza buoni con quelli introiettivi.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- esplorare e interpretare le reazioni dei pazienti alle separazioni (vacanze, sedute rimandate e perfino brevi silenzi del terapeuta – con persone borderline e psicotiche); poiché tali individui non tollerano la solitudine e vivono le esperienze di perdita come una prova della propria malvagità. Nel trattamento bisogna proprio far sì che imparino l'esperienza che il clinico, dopo una separazione, ritorna e non abbandona!; - Incoraggiare il paziente a esplorare i propri sentimenti negativi transferali proiettati nel terapeuta.

STILE DI PERSONALITA'	ISTERICA (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Kernberg e altri autori hanno usato anche il termine istrionico per descrivere le personalità isteriche a livello psicotico e borderline. Si parla di personalità isterica quando la persona è psicologicamente determinata da un conflitto di genere. Ossia le pazienti isteriche sviluppano un conflitto per cui i maschi vengono considerati forti, potenti e eccitanti e le femmine (incluse le pazienti stesse) deboli e insignificanti (esiste un genere forte e un genere debole). Il conflitto porta anche a un'altra conseguenza: da una parte l'isterica apprezza il genere maschile perché unico titolare del potere e ricerca

	gli uomini per accrescere controfobicamente il proprio senso di adeguatezza; dall'altra li invidia, li odia e sottilmente li punisce per la loro esclusività di detentori del potere (o li svaluta quando quando mostrano un lato tenero – femminile). L'unico potere che la paziente isterica (in quanto donna) pensa di possedere è quello della sessualità: che ripetutamente usa come strumento per accedere al potere del maschio. Dunque la ricerca di attenzione degli altri è legata al fatto di non essere rifiutate in quanto appartenenti al genere debole: le isteriche temono molto il rifiuto. La loro emotività appare artificiosa, esagerata e costruita (manifestata con teatralità); i loro sentimenti possono cambiare velocemente: la loro apparente finzione nella manifestazione degli affetti deriva dall'ansia che hanno nell'esprimersi con una persona potente che li svaluterebbe e non prenderebbe sul serio la loro esperienza soggettiva in quanto persone del genere debole.
ORIGINE	Freud pensava che le persone isteriche presentassero una fissazione edipica. Nelle storie familiari delle persone isteriche si riscontrano sempre eventi o atteggiamenti da parte dei genitori per i quali la bambina può chiaramente percepire che i due sessi hanno valori e potere diversi.
DIFESE	RIMOZIONE, SESSUALIZZAZIONE (Acting Out in cui l'azione è di tipo sessuale), REGRESSIONE
TRANSFERT	La natura del transfert, nella personalità isterica sarà diversa a seconda del sesso del paziente e del terapeuta. Paziente donna e terapeuta uomo: la paziente è intimidita, eccitata e controfobicamente seduttiva (e talvolta vuole conquistare l'amore del terapeuta). Paziente donna e terapeuta donna: la paziente è ostile e competitiva verso la terapeuta.
CONTROTRANSFERT	Per la terapeuta donna distanziamento difensivo. Per il terapeuta uomo paternalismo: ossia il trattare la paziente come una dolce bambina indifesa, impaurita e grata;

	assumendo il ruolo di “paparino” rassicurante e approvante oppure cedere alla seduttività della paziente.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	Il trattamento psicoanalitico standard fu inventato proprio per le persone con struttura isterica; ed è ancora il trattamento elettivo per questo tipo di personalità. Ossia il terapeuta rimane in silenzio, non è direttivo e affronta le difese.

STILE DI PERSONALITA'	PARANOIDE (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si parla di personalità paranoide quando la persona è psicologicamente determinata dal proiettare negli altri le qualità personali considerate negative. Nella psicologia paranoide le parti del Sé non riconosciute come proprie vengono proiettate negli altri e poi percepite come minacce esterne persecutorie. L'individuo paranoide vive costantemente con il terrore di essere danneggiato dagli altri e controlla ogni sua interazione con estrema cautela. Infine i pazienti paranoici sono fortemente oppressi dai sensi colpa: essi si sentono grandiosamente malvagi e per questo motivo sono continuamente impegnati a proiettare negli altri questa malvagità e il senso di colpa.
ORIGINE	I genitori dei pazienti paranoici sono critici, punitivi, difficili da accontentare e hanno riservato pesanti mortificazioni e umiliazioni ai figli. In genere si tratta di figure di accudimento che rinforzano la percezione nel bambino che il mondo esterno è persecutorio.
DIFESE	PROIEZIONE e/o IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA, DINIEGO (del senso di colpa)
TRANSFERT	Il terapeuta è considerato disconfermante e fonte di umiliazioni. Questi pazienti attribuiscono al terapeuta inclinazione alla critica e alla severità.
CONTROTRANSFERT	Il controtransfert con un paziente paranoico è generalmente ostile o ansioso.

IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- (evitare) di parlare chiaramente al paziente della natura irrealistica dei pericoli da cui si sente minacciato; - formare una solida alleanza terapeutica; dal momento che questi pazienti sono molto diffidenti verso gli altri: anzi; addirittura si potrà considerare terminato il trattamento quando il paziente paranoico avrà viluppato autentica fiducia nel terapeuta; - entrare empaticamente in contatto con gli affetti proiettati e interpretare direttamente quelli (interpretare in superficie).
------------------------------	--

STILE DI PERSONALITA'	ANTISOCIALE (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si parla di personalità antisociale (o psicopatica) quando la persona è psicologicamente determinata dall'aver potere sugli altri e sul manipolarli coscientemente. Gli antisociali utilizzano il linguaggio emotivo per manipolare gli altri; piuttosto che per esprimere i propri stati interni. Per l'individuo psicopatico il valore degli altri si riduce alla loro utilità per permettergli di dimostrare il proprio potere. Inoltre disprezzano le emozioni (soprattutto quelle di tenerezza) perché le associano alla debolezza e al patetico. Mancano di coscienza morale. Pertanto quando l'autostima dell'antisociale si abbassa (perché magari si sconfessano quote di onnipotenza), lo psicopatico commette di solito agiti aggressivi o sadici che hanno lo scopo di ripristinare il proprio potere.
ORIGINE	Nelle storie familiari delle persone antisociali si riscontrano sempre genitori che viziano materialmente e deprivano emotivamente. La mancanza di potere in questi momenti evolutivi fa sì che queste persone passino il resto della propria vita a cercare conferme riguardo il loro potere.
DIFESE	CONTROLLO ONNIPOTENTE, IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA, ACTING OUT
TRANSFERT	Il transfert con un paziente antisociale è una proiezione nel

	terapeuta del bisogno manipolatorio dello psicopatico: per cui il paziente ha l'idea che il clinico voglia usarlo per dimostrare il proprio potere. Un'alternativa è quella che sia il paziente a cercare di manipolare il terapeuta cercando di essere affascinante e suadente.
CONTROTRANSFERT	Il controtransfert con la personalità antisociale è molto difficile da gestire: spazia tra una gamma di emozioni come sensazioni inquietanti di timore, reazioni disturbanti, rassegnazione e ostilità.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	Alcuni psicopatici non possono proprio essere trattati (chi violento, chi molto problematico, chi cerca solamente di sabotare la terapia fin da subito). Le principali raccomandazioni terapeutiche sono le seguenti: - promuovere l'incorruttibilità: sia del setting (fissare regole ferree e mai mancare di rispettarle), sia del terapeuta (parlare con assoluta onestà, chiarezza, mantenere sempre le promesse o le minacce) - non mostrare al paziente qualsiasi cosa che potrebbe essere interpretata dall'antisociale come segno di debolezza e vulnerabilità; - l'obiettivo generale del lavoro terapeutico con gli antisociali è aiutare il paziente a spostarsi verso la posizione depressiva della Klein, nella quale gli altri sono visti come oggetti separati, degni di attenzione, spezzanti il controllo e magari instillatori di angoscia di riparazione.

STILE DI PERSONALITA'	SCHIZOIDE (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si parla di personalità schizoide quando la persona è psicologicamente determinata dal ritiro sociale nella fantasia. A livello molto basso può essere associata alla schizofrenia, mentre a livello di alto funzionamento comprende individui geniali e molto creativi ma eccentrici. Dal punto di vista affettivo gli schizoidi (soprattutto quelli ad alto funzionamento) mancano di alcune difese comuni alle altre

	persone e per questo motivo hanno grandi capacità di sintonizzarsi con gli altri e con le loro reazioni emotive. Il paziente schizoide è implicato nel conflitto tra vicinanza e lontananza e in quello tra amore e paura. Per cui in tutte le sue relazioni lo schizoide desidera intensamente l'intimità altrui, ma sente costantemente la paura di essere inglobato dagli altri. Tale conflitto può essere agito in forma di brevi connessioni molto intense con un'altra persona seguite da un lungo periodo di ritiro. I pazienti schizoidi non prendono in considerazione le aspettative degli altri: per cui sono persone del tutto indifferenti all'effetto che hanno sugli altri e sulle valutazioni altrui. Difficilmente infatti uno schizoide si conforma agli altri (verso i quali può anche sentirsi superiore) e preferisce l'eccentricità, l'originalità, l'unicità, l'autenticità e il rifiuto della compiacenza: tutto questo per difendersi dalle intromissioni e dai giudizi di altri invadenti (divoranti).
ORIGINE	Secondo la teoria freudiana le persone schizoidi presentano una fissazione orale (con particolare attenzione nella loro vita ad evitare di essere mangiati, inglobati e assorbiti dagli altri). Ci sono diverse ipotesi di figure genitoriali alla base del carattere schizoide: 1) Genitore trascurante o che disprezza i bisogni del bambino (in questo caso ci si rivolge al proprio mondo interiore per ricevere stimoli, mentre ci si allontana dalla vicinanza emotiva del genitore); 2) Genitore eccessivamente invadente (che incoraggia il bambino a ritirarsi); 3) Genitore che comunica in maniera ambigua o contraddittoria.
DIFESE	FANTASIA SCHIZOIDE, INTROIEZIONE, PROIEZIONE
TRANSFERT	Il paziente desidera entrare in connessione con l'analista ma teme di essere mangiato, inglobato, assorbito.
CONTROTRANSFERT	Per i terapeuti è facile entrare in una forma di controdistacco

	che ce li fa vedere come bizzarri e interessanti casi clinici piuttosto che esseri umani simili a noi.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- il setting psicoanalitico e le sue regole garantiscono una distanza di sicurezza che aiuta molto questi pazienti ad attenuare il timore di inglobamento; - non è infrequente che nelle prime sedute il paziente schizoide resti completamente in silenzio: in questo caso il clinico deve fare affidamento sulla propria capacità negativa e aspettare che il paziente gradualmente interiorizzi il setting e le sue regole. Si consiglia dunque di resistere alla tentazione controtransferale di forzare lo schizoide a parlare durante le prime sedute in cui generalmente resta in silenzio; - il primo scopo della terapia diventa quello di comunicare al paziente che il proprio mondo interno è comprensibile e accettabile dagli altri senza che questi debbano necessariamente sottomettere e inglobare lo schizoide. E' importante anche nobilitare al paziente la ricchezza emotiva e le manifestazioni affettive che in genere le altre persone tendevano a disconfermare come bizzarrie; - risulta efficace come metodo di terapia la normalizzazione (dove, come per gli psicotici, l'interpretazione avviene al contrario ~ ossia dal profondo alla superficie).

STILE DI PERSONALITA'	MANIACALE (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	La maniacalità rappresenta l'altra faccia della depressione: infatti questi pazienti hanno un'organizzazione depressiva che però gestiscono col diniego. La personalità maniacale e quella depressiva condividono i temi organizzativi di base, i desideri, le paure e i conflitti. Ci sono persone che proprio oscillano tra uno stato depressivo e uno stato maniacale (c.d. maniaco-depressivi o diagnosi di disturbo bipolare). Le persone maniacali sono molto energiche, euforiche,

	eccitabili, esageratamente in moto e molto socievoli, spesso sono abili intrattenitori e si accattivano gli altri. Difatti si accattivano difensivamente le persone per non sentire il dolore di una possibile perdita assumendo un fascino difensivo. Il loro pensiero è rapido e sono famosi per i loro progetti grandiosi.
ORIGINE	Specularmente alla personalità depressiva i pazienti maniacali sono considerati come fissati nell'oralità. Similmente alle personalità depressive, nelle storie personali degli individui maniacali non mancano perdite precoci e/o eventi ripetuti di natura traumatica. Sono tipici anche gli abusi fisici o psicologici.
DIFESE	DINIEGO e ACTING OUT (in genere comportamenti di euforia, di iper motricità, spesso finalizzati all'accattivamento difensivo dell'altro) per evitare le sofferenze o sentire il dolore. Acting out anche come fuga dalle situazioni che potrebbero comportare una perdita che farebbe soffrire il paziente.
TRANSFERT	Il paziente maniacale si presenta come una persona accattivante e molto energica: a tal punto che questo fascino difensivo, unito al diniego della sofferenza, può apparire come un buon Io osservante (cosa assolutamente falsa invece).
CONTROTRANSFERT	Il controtransfert con i pazienti maniacali può far sentire nel clinico confusione e stanchezza (per esempio fantasticare di avere la testa in una lavatrice accesa). Un'altra tendenza controtransferale è quella di sottovalutare la grande sofferenza del paziente che si nasconde dietro una presentazione accattivante.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	L'obiettivo N°1 della terapia col paziente maniacale è evitare che esso possa fuggire dalla terapia. Pertanto si consiglia fin dalle prime sedute di fare delle interpretazioni classiche sulle difese deneganti la sofferenza (dalla superficie al profondo) che svelino al paziente il suo desiderio difensivo di fuggire dagli attaccamenti significativi.

STILE DI PERSONALITA'	MASOCHISTICA (McWilliams, 2012 -> La Diagnosi psicoanalitica)
CARATTERISTICHE	Si parla di personalità masochistica quando la persona è psicologicamente determinata da decisioni e atti che autodanneggiano il benessere dell'individuo stesso. Il termine masochismo, in senso psicoanalitico, non significa amore per il dolore e per la sofferenza! Infatti il paziente masochista tollera il dolore e la sofferenza non perché gode nel farlo, ma perché spera (coscientemente o inconscientemente) che il suo travaglio lo conduca a un beneficio maggiore nel futuro. Come in altre personalità (depressiva, ossessivo-compulsiva, narcisistica) si distinguono una versione del carattere anaclitica e una introiettiva. Nella personalità masochistica anaclitica le azioni autodistruttive messe in atto hanno lo scopo di mantenere un attaccamento con un'altra persona a tutti i costi. Invece nella personalità masochistica introiettiva (anche detta morale) il paziente ha sviluppato una dinamica in cui la propria autostima è sostenuta dalla capacità di tollerare le azioni autodistruttive messe in atto. Inoltre i masochisti introiettivi sono interessati ad ottenere una vittoria morale (con la moralizzazione) che confermi che a essere cattivi e desiderosi di punire sadicamente sono gli altri.
ORIGINE	Di solito l'infanzia del paziente masochista è molto simile a quella del paziente depressivo: gravi perdite non elaborate, un genitore critico o colpevolizzante, ecc... il bambino impara che soffrendo attirerà su di sé l'attenzione del genitore la sofferenza diventa il prezzo imprescindibile da pagare per mantenere la relazione (meglio picchiato che abbandonato).
DIFESE	ACTING OUT (autodistruttivo), MORALIZZAZIONE, PROIEZIONE, IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA
TRANSFERT	I pazienti masochisti tendono a riattualizzare nel transfert con il terapeuta il dramma del bambino che ha bisogno di attenzioni ma che può ottenerle solo se dimostra di saper soffrire e tollerare il dolore. In questa configurazione transferale il paziente da una parte cercherà di persuadere il

	clinico che deve essere salvato (che ne ha bisogno e che lo merita); dall'altra avrà un fortissimo timore che il terapeuta sia sadico, abusante, indifferente, punitivo. Soprattutto emergerà la paura che il clinico, una volta scoperte le debolezze del paziente, lo rifiuterà perché cattivo e colpevole. <i>”Salvami! Però sappi che più ci provi e più che starò male e/o commetterò acting out autodistruttivi”</i>.
CONTROTRANSFERT	In genere le dinamiche masochistiche suscitano due tipi di controtransfert: contromasochismo e sadismo (l'uno, l'altro o entrambi in sequenza). Con il contromasochismo il clinico accoglie il desiderio del paziente di essere salvato, lo rassicura che non lo attaccherà e si mostra empatico, generoso e disponibile nei suoi confronti (spesso troppo generoso e disponibile). In particolare il clinico potrà essere investito da fantasie salvifiche e dichiarare al paziente di essere disposto a tutto per aiutare il paziente: in questo modo però il terapeuta adotta un atteggiamento masochistico (c.d. contromasochismo) per tenere viva la relazione terapeutica! Una volta che sono scattate le reazioni controtransferali contromasochistiche nel terapeuta il paziente, di fronte alla totale disponibilità e generosità del clinico, si mostrerà infelice, indifeso e impotente. A questo punto il terapeuta proverà irritazione di tipo sadico (controtransfert sadico).
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- non offrire un modello di comportamento masochistico; - smettere di credere di avere il diritto di provare ostilità e rabbia esclusivamente se hanno subito un'ingiustizia; - operare delle comunicazioni che devono enfatizzare il dato di realtà e/o la capacità del paziente di cambiare le cose. Quando infatti il terapeuta parla dei dati di realtà (senza sobbarcarsi l'ansia proiettata dal paziente), la persona masochista sente l'ansia che non è riuscita a proiettare e riesce ad affrontare le conseguenze delle proprie condotte autodistruttive.

STILE DI PERSONALITA'	DIPENDENTE (Lingiardi & McWilliams, 2017 -> PDM-2)
CARATTERISTICHE	Corrisponde nel PDM-2 alla personalità masochistica anaclitica de La Diagnosi psicoanalitica. La personalità di questi pazienti è organizzata attorno a eccessivi bisogni di dipendenza. Le persone dipendenti possono avere difficoltà a interrompere relazioni patologiche o abusanti. Tendono a definire se stessi in relazione agli altri. Solitamente iniziano a manifestare sintomi psicologici quando qualcosa non funziona nella loro principale relazione di attaccamento. La loro vita è organizzata attorno al tentativo di mantenere delle relazioni di cura e sostegno in cui hanno il ruolo della persona sottomessa. Esiste anche una variante passivo-aggressiva della personalità dipendente. In questa variante la dipendenza dalle relazioni assume una valenza negativa e di opposizione, dato che sono pazienti che si rappresentano esclusivamente in opposizione alle altre persone (es.: sono il marito di quella puttana).
ORIGINE	Stile genitoriale iperprotettivo o autoritario.
DIFESE	FORMAZIONE REATTIVA, MORALIZZAZIONE, IDEALIZZAZIONE (dell'altro) e SVALUTAZIONE (di Sé) PROIEZIONE, IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA
TRANSFERT	Spesso iniziano la terapia con entusiasmo e sono molto accondiscendenti. I dipendenti tendono a idealizzare il terapeuta e a cercare conferme del fatto che sono buoni pazienti.
CONTROTRANSFERT	Le reazioni controtransferali possono essere di tipo positivo, ma con il procedere della terapia possono emergere sentimenti di irritazione e pesantezza.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- incoraggiare il paziente ad essere più autonomo contenendo i sentimenti ansiosi che si sviluppano nel corso della terapia.

STILE DI PERSONALITA'	ANSIOSO-EVITANTE E FOBICA (Lingiardi & McWilliams, 2017 -> PDM-2)
CARATTERISTICHE	Personalità in cui l'ansia funziona da principio organizzatore dell'esperienza (si tratta di pazienti con disturbo di ansia generalizzata da DSM). Sono persone consapevoli della loro condizione di ansia poiché le strategie difensive che utilizzano si rivelano inefficaci nel contenere questi sentimenti. Nei pazienti con dinamiche più fobiche le angosce sono connesse a specifici oggetti e situazioni, che quindi vengono evitati. Nei pazienti con dinamiche più ansiose si sperimenta un senso generalizzato di ansia flottante, senza avere una idea chiara di cosa spaventi realmente. A differenza di quei pazienti in cui una particolare angoscia prevale (di frammentazione, di castrazione, di separazione), nel paziente ansioso-evitante compaiono tutte e in maniera pervasiva.
ORIGINE	Caregiver che non riuscivano a tranquillizzare i figli e a trasmettere loro un senso di sicurezza.
DIFESE	SPOSTAMENTO, SVALUTAZIONE (del Sé), RAZIONALIZZAZIONE
TRANSFERT	Possono rapportarsi al clinico in modo sottomesso e apprensivo, richiedendo un immediato sollievo dalla propria sofferenza.
CONTROTRANSFERT	Risposte emotive di tipo protettivo oppure risposte emotive di distacco.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	- incoraggiare il paziente a esporsi gradualmente alle situazioni e agli oggetti di cui hanno timore; - molto importante aiutare il paziente a verbalizzare gli stati emotivi e affettivi che appaiono loro vaghi e indefiniti.

STILE DI PERSONALITA'	SOMATIZZANTE (Lingiardi & McWilliams, 2017 -> PDM-2)
CARATTERISTICHE	Si tratta di pazienti per cui le patologie psicosomatiche rappresentano sia una delle principali forme di preoccupazione, sia il mezzo preferenziale per esprimere i loro affetti dolorosi. Una delle caratteristiche tipiche dei pazienti somatizzanti è l'alessitimia, cioè l'incapacità di esprimere verbalmente le proprie emozioni.
ORIGINE	Caregiver che non sono stati in grado di promuovere le capacità di formazione delle rappresentazioni mentali delle emozioni nei figli, lasciando che fosse solamente il corpo a veicolare quegli affetti.
DIFESE	SOMATIZZAZIONE
TRANSFERT	Possono comportarsi in modo oppositivo, sia in modo passivo e rassegnato.
CONTROTRANSFERT	Senso di inutilità, impazienza e irritazione.
IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE	Riportano spesso di non essere ascoltati: è importante non trattare questi pazienti come persone lamentose e lasciare implicito il messaggio "ehi, è tutto nella tua testa!" -> bisogna riconoscere che la loro sofferenza è reale. - nel trattamento è fondamentale incoraggiare questi pazienti a verbalizzare gli stati emotivi

STILE DI PERSONALITA'	SADICA (Lingiardi & McWilliams, 2017 -> PDM-2)
CARATTERISTICHE	Personalità strettamente legata a quella antisociale, presuppone che la persona faccia esperienza di un senso di morte e sterilità affettiva, da cui riesce a trarre sollievo infliggendo agli altri dolore e umiliazione (agiti o fantastici). Questo stile di personalità si esprime a livello borderline e psicotico. Il marchio di fabbrica del sadismo è rappresentato dal distacco emotivo (come nella personalità antisociale) e dall'assenza di sensi di colpa con cui queste

	persone ricercano il dominio e il controllo sugli altri.
DIFESE	CONTROLLO ONNIPOTENTE, ACTING OUT
TRANSFERT	Possono trarre piacere dal torturare il clinico mentendo o tacendo i propri desideri sadici. Spesso sono intrattabili e non è possibile stabilire un'alleanza terapeutica.
CONTROTRANSFERT	Fastidio viscerale, disagio e forte senso di sopraffazione. In certi casi anche la sensazione di trovarsi in una situazione di predatore contro preda.

STILE DI PERSONALITA'	BORDERLINE (Lingiardi & McWilliams, 2017 -> PDM-2)
CARATTERISTICHE	Non va confusa con il livello di funzionamento borderline. Si tratta di uno stile di personalità incluso nel PDM-2 e corrisponde alla diagnosi di disturbo di personalità borderline del DSM. Hanno tutte le caratteristiche del funzionamento borderline. Come nel disturbo del DSM provano cronici sentimenti di vuoto interiore e tendono a entrare in stati di coscienza alterati. Possono inoltre mettere in atto comportamenti autolesivi allo scopo di tranquillizzarsi, e spesso riportano che queste condotte li fanno sentire vivi e in contatto col proprio corpo. Possono minacciare o tentare il suicidio per i motivi sopra descritti o per manipolare gli altri.

Cosa portarsi a casa con la diagnosi?

Un criterio da seguire e da valutare è quello per cui se, in base a quanto emerso precedentemente nella psicodiagnosi, di fatto è sopravvenuto un sano equilibrio nella struttura della personalità del paziente. Sarà perciò utile prendere in esame i seguenti indici: il rapporto tra Es, Io, Super-Io e ideale dell'Io, quali meccanismi di difesa vengono utilizzati, il tipo di relazioni oggettuali, la crescita del rendimento intellettuale e professionale. In altri termini si dovrà valutare se l'Io risulta rafforzato. Con forza dell'Io ci si riferisce a concetti tra loro interconnessi quali: l'identità, la capacità complessiva di integrazione tra le varie istanze psichiche, l'autonomia, il modulare le eccessive stimolazioni interne o esterne, la tolleranza alla frustrazione, il vivere le relazioni prevalentemente in modo positivo e costante nel tempo, e il riuscire a condurre buon esame di realtà (Castellazzi, 2000).

Trattamenti psicodinamici: continuum espressivo-supportivo

Si intende per psicoterapia espressiva quella forma di trattamento tesa all'analisi delle difese e all'esplorazione del transfert, mentre chiamiamo psicoterapia supportiva quella forma di trattamento orientata a reprimere il conflitto inconscio e a rafforzare le difese del paziente. Tale dicotomia dipinge la psicoterapia espressiva e la psicoterapia supportiva come se fossero entità altamente differenziate, mentre è raro riscontrarle in forma pura nella pratica clinica. Infatti, piuttosto che considerare la psicoterapia espressiva e quella supportiva come due distinte modalità di trattamento, dovremmo considerare che la psicoterapia si attua in un continuum espressivo-supportivo, in una concezione più vicina alla realtà della pratica clinica. Dunque con certi pazienti, in determinati momenti della terapia, il trattamento sarà più fondato su elementi espressivi, mentre con altri pazienti (o con gli stessi), e in altri momenti, la terapia potrà richiedere una maggiore attenzione agli aspetti supportivi (Gabbard, 2015). I terapeuti ad orientamento dinamico adattano dunque il loro approccio al paziente lungo un continuum che va dall'essere altamente esplorativi o altamente espressivi all'essere supportivi o normativi. In particolare abbiamo che:

- 1) Un livello nevrotico di organizzazione indirizza verso un approccio dinamico fortemente esplorativo;
- 2) Un'organizzazione borderline richiede in genere che il terapeuta offra anche supporto; tramite interventi psicodinamici diretti a migliorare la funzione riflessiva, a sostenere le aree deficitarie dell'Io e ad aiutare il paziente a integrare le sue disparate e scisse visioni del Sé e degli altri (Gabbard, 2005).

Polo espressivo

INTERPRETAZIONE

OSSERVAZIONE (sollecitare il paziente ad osservare un certo elemento inconscio, senza interpretazione del clinico)

CONFRONTAZIONE (sollecitare il paziente ad osservare un certo elemento conscio, senza interpretazione del clinico)

CHIARIFICAZIONE (una riformulazione)

INCORAGGIAMENTO A ELABORARE (richiesta di informazioni extra su un argomento portato dal paziente)

VALIDAZIONE EMPATICA (dimostrare la proprio sintonia empatica col paziente, con frasi del tipo. "posso capire come lei si senta in questo momento")

INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI (spiegazioni teoriche su alcuni aspetti, come la differenza tra lutto e depressione)

CONSIGLI ED ELOGI (suggerimenti su come comportarsi + dire al paziente che si approva quello che fa, dice, pensa)

Polo supportivo**Obiettivi della psicoterapia psicodinamica**

Tra gli obiettivi della terapia espressiva (più sedute settimanali per sviluppare il transfert che poi diverrà oggetto di analisi e interpretazione) rientrano:

- favorire un'alleanza terapeutica
- favorire l'insight
- riflettere sul proprio mondo interno
- sviluppare autenticità
- rafforzare la coesione del Sé
- migliorare la qualità delle relazioni con gli altri

Tra gli obiettivi della terapia supportiva (spesso una seduta mensile) rientrano:

- tollerare la frustrazione
- rafforzare le difese per gestire le sfide e le difficoltà della vita quotidiana
- migliorare l'esame di realtà
- migliorare le capacità di riflessione e giudizio

RISOLUZIONE DEL CONFLITTO	Lo scopo della terapia è quello di esplorare la natura dei conflitti inconsci e risolvere i sintomi che producono.
RICERCA DEL VERO SE'	L'obiettivo della terapia è la conoscenza del Sé; conducendo il paziente su una strada che lo porta a guardare dentro di Sé, facendo in modo che distingua ciò che è da ciò che vorrebbe essere. Questo processo può comportare l'identificazione della distinzione fatta da Winnicott tra vero Sé e falso Sé. Quindi il risultato della terapia dovrebbe essere un senso di autenticità.
MAGGIORE CAPACITÀ DI CERCARE OGGETTI-SE' APPROPRIATI	L'obiettivo della terapia si armonizza alla prospettiva della psicologia del Sé; secondo cui le funzioni di oggetto-Sé sono necessarie per la nostra sopravvivenza. In questo caso l'obiettivo della terapia psicoanalitica sarebbe quindi quello di aiutare i pazienti che utilizzano oggetti-Sé in maniera maladattiva a utilizzarli in modo maturo e appropriato.
MIGLIORARE LE PROPRIE RELAZIONI, COME RISULTATO DELL' AVER COMPRESO MEGLIO LE PROPRIE RELAZIONI OGGETTUALI	Per i terapeuti di orientamento relazionale l'obiettivo primario della terapia sarà quello di aiutare il paziente a capire come le rappresentazioni interne di Sé e degli altri plasmano le interazioni interpersonali del paziente nel mondo esterno. In parte ciò significa aiutare il paziente ad integrare aspetti di Sé che tende a proiettare ripetutamente negli altri: pertanto, attraverso un processo di reintegrazione, il paziente riconosce che cosa gli appartiene e che cosa appartiene agli altri. Il risultato finale è un miglioramento delle relazioni interpersonali.
CREAZIONI DI NUOVI SIGNIFICATI NEL DIALOGO TERAPEUTICO	L'obiettivo della terapia è che paziente e terapeuta siano coinvolti nel lavoro terapeutico per costruire insieme significati nel corso della psicoterapia. Abbiamo sia la scoperta di significati inconsci già presenti, sia la creazione di significati nuovi attraverso il dialogo clinico a cui contribuiscono sia il terapeuta che il paziente. Questo obiettivo è una variante sul tema del rendere conscio l'inconscio; dando così significato a contenuti ed elementi che in precedenza rimanevano elusivi e fuori dalla consapevolezza.
MIGLIORARE LA MENTALIZZAZIONE E LA FUNZIONE RIFLESSIVA	Il miglioramento della funzione riflessiva può costituire uno degli obiettivi principali con quei pazienti in cui lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione sono stati compromessi da esperienze traumatiche precoci. Alla fine della terapia il paziente dovrebbe essere in grado di operare una distinzione tra le rappresentazioni interne di una persona e ciò che tale persona è nella realtà esterna (funzione riflessiva).
SVILUPPARE UN NUOVO MODO DI	Si promuove come obiettivo terapeutico lo sviluppo di modi di pensare precedentemente inaccessibili al paziente: ossia il terapeuta può aiutare i pazienti a riflettere sulle esperienze vissute e a

PENSARE	rinnovarsi in un nuovo modo di pensare che genera un senso di padronanza. L'obiettivo è quindi quello di rendere il paziente capace di pensare secondo modalità per lui inedite e più evolute. Questa prospettiva si rivolge a quei pazienti che iniziano una psicoterapia perché non sono in grado di simbolizzare contenuti psichici, ma si ritrovano a vivere pattern che sono per loro fonte di problemi.
---------	---

(Gabbard, 2005)

Il cambiamento nel paziente

“Cambiamento, processo psicoanalitico e guarigione sono, in effetti, concetti tra loro strettamente correlati. Entrare nel setting dà luogo a cambiamento. La sparizione dei sintomi, anche se non è l'unico criterio, ne è l'espressione. Cambiamento va riferito alla rigidità della patologia. Per assurdo anche un peggioramento è cambiamento. Cambiamento è diversità dallo status quo ante. Qualsiasi sia il cambiamento, esso è l'indice che la cura ha messo in moto il processo. Un processo ha significato nel suo insieme”. (Minolli, 1997)

La relazione terapeutica può favorire i processi di cambiamento in molti modi diversi. Nelle prospettive relazionali contemporanee riveste un'importanza fondamentale la nozione che l'esperienza di un diverso tipo di relazione può svolgere un ruolo rilevante nell'azione terapeutica. In particolare il cambiamento terapeutico non può avvenire se ci si limita ad assumere un ruolo. Ovvero se un terapeuta semplicemente si comporta in maniera diversa rispetto a oggetti del mondo interno del paziente, è improbabile che si verifichi un cambiamento duraturo. Ciò che sembra essere invece cruciale è che il terapeuta sia non solo differente da un oggetto del passato del paziente, ma anche allo stesso tempo simile in alcuni aspetti a tale oggetto. In secondo luogo la relazione può contribuire al cambiamento attraverso l'interiorizzazione di funzioni del terapeuta. Per esempio il senso di calma e sicurezza generato dall'attenzione dall'empatia del terapeuta può aiutare il paziente a sviluppare la capacità di trovare conforto in se stesso. Quest'ultimo processo a volte inizialmente comporta la creazione di una rappresentazione del terapeuta che il paziente evoca quando si sente turbato. Con il tempo tale rappresentazione può venire attivata automaticamente e inconsciamente. La realtà della relazione può esercitare un'azione terapeutica anche attraverso l'interiorizzazione di atteggiamenti emotivi del terapeuta: per alcuni pazienti ciò coinvolge il tamponamento di un Super-Io iper critico. Il paziente dunque interiorizza l'atteggiamento non giudicante, curioso e esplorativo del terapeuta nei confronti di componenti che ha sempre considerato come fonte di vergogna o cattive. I pazienti possono inoltre interiorizzare strategie consce di riflessione: ossia possono diventare capaci di pensare come il terapeuta alle proprie

esperienze interne. Spesso processi del genere iniziano durante un periodo di vacanza del terapeuta e il paziente comincia a immaginare dialoghi con lui e identificarsi con le sue funzioni. Infine l'azione terapeutica della relazione può essere mediata dal semplice riconoscimento di tematiche transferali e controtransferali ricorrenti (Gabbard, 2005). Inoltre, l'esperienza psicoanalitica suggerisce che il terapeuta non dovrebbe solamente limitarsi ad aiutare i pazienti a modificare comportamenti e/o cognizioni problematici; ma anche ad accettare i loro limiti, migliorare le capacità di resilienza, la loro agency (incrementando così la capacità dei pazienti a tollerare un ampio spettro di pensieri e stati affettivi: stimolando il senso di integrazione del Sé, l'autostima, l'intimità, la sensibilità morale, la consapevolezza degli altri come separati da sé) (McWilliams, 2012). I risultati di meta-analisi condotte suggeriscono che la psicoanalisi sia il trattamento d'elezione per pazienti con organizzazione nevrotica di personalità o borderline di alto livello, esercitando effetti più ampi e di più lunga durata sul funzionamento individuale che tenderebbero anche ad aumentare dopo la conclusione del trattamento. Sembra, inoltre, che una maggiore durata e una frequenza di almeno due sedute a settimana abbiano un effetto sinergico positivo sull'esito del trattamento. Rispetto ai meccanismi d'azione, gli studi mostrano che la psicoanalisi non esercita i suoi benefici risolvendo i conflitti patogeni nucleari dei pazienti, ma permette una loro gestione più adattiva per mezzo delle capacità auto-analitiche acquisite in terapia. In generale, gli esiti di una psicoanalisi sembrano mediati da più fattori che includono anche lo stile clinico del terapeuta e le sue caratteristiche personali. Infine, le ricerche che hanno valutato il rapporto costi/benefici dei trattamenti psicoanalitici a lungo termine sembrano indicare che, dopo circa tre anni dalla fine di un'analisi riuscita, i benefici ricavati dal trattamento compensano i costi per sostenerlo (Muzi, 2016).

“Vediamo dunque il primo aspetto della valutazione dell'esito di una psicoterapia [...] e dunque mi chiedo: rispetto al momento in cui il paziente è venuto da me, che modificazioni strutturali sono intervenute? è cambiato quell'insieme di atteggiamenti mentali che chiamiamo Super-Io? E' diventato l'Io più elastico e tollerante, sicché si possa dire che si è ampliato come le radici di un albero, affondando nell'humus dell'Es con la capacità di trarne sempre nuova linfa? E, più in dettaglio, rispetto alla gamma di meccanismi di difesa dell'Io esibiti, si può dire che quei meccanismi ora sono adoperati in tutta la loro potenzialità e in modo modulato e variabile? Come ho potuto e posso ora ricostruire la storia del paziente?” (Semi, 1985).

La supervisione

I supervisori hanno molteplici responsabilità: devono assicurare che i pazienti ricevano un trattamento competente e adeguato; devono insegnare ai terapeuti dei corsi di formazione le tecniche fondamentali della psicoterapia; devono anche valutare le loro capacità e i loro punti deboli. La supervisione individuale prevede in genere appuntamenti settimanali, durante i quali il terapeuta espone al supervisore quanto sta succedendo con i suoi pazienti. Il supervisore pone domande sulle potenziali conseguenze di eventuali interventi e cerca di insegnare al terapeuta una modalità di intendere il processo psicoterapeutico massimamente efficace e di successo. Il supervisore in particolare vuole sapere dal clinico:

- 1) Che cosa succede all'interno del terapeuta e che cosa prova nei confronti del paziente;
- 2) Che cosa apprezza degli interventi fatti nel corso di una seduta;
- 3) Quali sono state le sue reazioni, di fronte alle risposte del paziente a tali interventi.

Un ostacolo che si oppone a questo tipo di indagine è spesso la tendenza da parte del terapeuta a prendere note eccessivamente dettagliate su quanto viene detto durante la seduta. Il timore di poter trascurare inavvertitamente dati importanti porta quindi alcuni terapeuti inesperti a stendere i resoconti simili a verbali mettendo su carta ogni singola parola del paziente. Ciò però può interferire con la capacità di immergersi empaticamente nelle sue esperienze e di cogliere i fenomeni di transferali e controtransferali che emergono durante il colloquio. Si consiglia quindi di compilare le note dopo la fine della seduta, riassumendo i più importanti temi discussi e riportando alcuni degli interventi del terapeuta. La vulnerabilità del terapeuta nella relazione con il supervisore è per molti aspetti paragonabile alla vulnerabilità del paziente nella relazione terapeutica. Anche in questo caso possiamo quindi parlare di un'alleanza; un'alleanza che ha molto in comune con l'alleanza terapeutica. Poiché in genere il supervisore è anche un valutatore del terapeuta, ciò può determinare nel clinico un senso di vulnerabilità. Pertanto si consiglia ai supervisori di creare un ambiente in cui il terapeuta si senta sicuro e disposto a riportare in maniera franca e diretta quello che avviene nel corso delle sedute coi suoi pazienti. Solitamente la cosa più difficile è arrivare a creare un'atmosfera in cui il terapeuta si senta libero di rivelare al supervisore tutto quello che succede nel corso di una terapia. In molti casi la supervisione comporta un certo grado di falsificazione dei dati: operazioni di filtro e di censura su momenti particolarmente imbarazzanti e la deliberata distorsione di alcuni aspetti nel processo terapeutico; per cercare di avere l'approvazione del supervisore evitando le sue critiche: allo scopo, in una situazione in cui ci si sente esaminati e valutati, di indurre un'impressione favorevole del supervisore. Un assioma

fondamentale che i terapeuti, specialmente i più giovani e inesperti, dovrebbero sempre avere ben presente: gli argomenti più importanti di cui dovresti discutere con il supervisore sono probabilmente quelli che più desideri evitare. Infine in supervisione si parla di processo parallelo: ossia il terapeuta riproduce col supervisore aspetti della terapia sotto forma di reenactment: in pratica il terapeuta può inconsciamente identificarsi col paziente e replicare elementi del transfert con il supervisore; il quale, a sua volta, può cominciare a sviluppare reazioni controtransferali analoghe a quelle che il terapeuta prova rispetto al paziente. Situazioni in cui il terapeuta assume il ruolo di paziente e il supervisore quello del terapeuta forniscono inoltre a quest'ultimo l'opportunità di vedere come il supervisore potrebbe gestire i problemi che si presentano in terapia. Ponendosi nel ruolo del paziente il terapeuta può infine sviluppare una maggiore empatia rispetto alle modalità con cui il paziente percepisce gli sforzi che il terapeuta fa per aiutarlo (Gabbard, 2005).

CAPITOLO 3: GLI STRUMENTI

II PDM-2

Il PDM-2 è il manuale diagnostico psicodinamico. Esso è da considerare uno strumento che guida il professionista di orientamento psicodinamico nella formulazione della diagnosi. Le diagnosi del PDM-2 sono prototipiche, cioè non sono basate sull'idea che una categoria diagnostica possa essere descritta accuratamente come una lista di sintomi (cosiddetti criteri politetici). Infatti, diversamente dal DSM e dall'ICD, il PDM mette in luce l'esperienza interna delle condizioni psicopatologiche. Dato che i professionisti della salute mentale hanno a che fare quotidianamente con la soggettività dei loro pazienti, ciò di cui hanno bisogno è una descrizione in grado di rendere giustizia all'esperienza interna di quel certo paziente. Il PDM si serve di un approccio multidimensionale al fine di delineare il funzionamento globale di un paziente, in vista di un suo invio al trattamento, su 3 assi.

ASSE P - personalità

Comprende il livello di organizzazione della personalità (nevrotico, borderline e psicotico) e lo stile di personalità. In particolare viene chiesto al clinico di compilare questa scheda e di attribuire un punteggio da 1 a 10 (insieme a una descrizione) ai 4 ambiti del funzionamento della personalità. Infine si richiede di barrare con una crocetta lo stile di personalità (uno principale più eventualmente un altro o altri due compresenti in misura minore) (Lingiardi & McWilliams, 2017):

SEZIONE I (Asse P): Livello di Organizzazione di Personalità.

Si considerino le seguenti aree di funzionamento relative al paziente, se ne attribuisca un punteggio da 1 a 10 (in cui 1 è gravemente compromessa e 10 è sana) e si commentino, per ogni area, gli elementi che hanno contribuito al processo decisionale.

- 1) **Identità - da 1 a 10 -** (capacità di vedere se stessi in modo completo, stabile e accurato, integrità e coerenza del Sé)
- 2) **Relazioni oggettuali - da 1 a 10 -** (capacità di mantenere relazioni con gli altri: intime, significative, stabili, soddisfacenti e senza distorcere l'altro)

3) **Meccanismi di difesa - da 1 a 10 -** (presenza di meccanismi di difesa maturi)

4) **Esame di realtà - da 1 a 10 -**

Stante le precedenti premesse, si cerchi nel grafico sottostante il valore complessivo dell'organizzazione di personalità che si ritiene essere maggiormente adeguato al paziente.

Psicotico			Borderline				Nevrotico		Sano
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sottolineare una o più sindromi/stili di personalità dalla lista sottostante che si ritengono essere adeguate al paziente ed inoltre cerchiare la sindrome/stile che si ritiene essere prevalente nella diagnosi:

Depressiva (introiettivo, anaclitico o manifestazione opposta: ipomaniacale)

Dipendente (passivo-aggressivo o contro dipendente)

Ansiosa-Evitante e Fobica (manifestazione opposta: contro fobico)

Ossessivo-Compulsiva

Schizoide

Isterico-Istrionica (inibito o dimostrativo)

Narcisista (grandioso, vulnerabile o maligno)

Paranoide

Psicopatica (passivo-parassitario, disonesto o aggressivo)

Sadica

Borderline

ASSE M - funzionamento mentale

Questo asse offre una descrizione dettagliata del funzionamento mentale del paziente, prendendo in esame una serie di aree specifiche che corrispondono a capacità che definiscono la salute psicologica dell'individuo. In particolare viene chiesto al clinico di compilare questa scheda e di attribuire un punteggio da 1 a 5 (e annotare una breve descrizione) ai vari ambiti del funzionamento mentale, che sono 12 nel PDM-2. Per i punteggi 1, 3 e 5 è il PDM a fornire una descrizione per il funzionamento mentale del paziente (per ognuno dei 12 cluster) (Lingiardi & McWilliams, 2017). Di seguito un esempio di descrizioni prototipiche dei punteggi di un'area del funzionamento mentale (per la precisione la N°7):

Scala di valutazione

5. Gli individui a questo livello di funzionamento possono esprimere gli impulsi in modo appropriato, in linea con la situazione che stanno vivendo e con il contesto culturale di appartenenza. Il controllo degli impulsi appare flessibile ed efficace; i bisogni e i desideri sono espressi in modo equilibrato e adattivo, orientato a rafforzare i legami interpersonali.
3. A questo livello, l'individuo può essere in grado di controllare e regolare gli impulsi, ma avere delle difficoltà nelle situazioni connesse a particolari affetti o conflitti (per esempio, con il partner, con il supervisore nel contesto lavorativo o con un membro familiare). Può mostrare una tendenza all'ipercontrollo (rigidità) o una mancanza di controllo (disregolazione) in diverse situazioni o circostanze.
1. L'individuo appare generalmente incapace di controllare o regolare gli impulsi in modo appropriato, con gravi conseguenze a livello delle relazioni sociali, sessuali e professionali. Il controllo degli impulsi può essere talmente deficitario da non permettere al soggetto di modulare la rabbia o altri affetti intensi; in alternativa, il controllo degli impulsi può essere talmente rigido da non permettergli alcuna forma di espressione.

(Lingiardi & McWilliams, 2017)

- 1) **CAPACITÀ DI REGOLAZIONE, ATTENZIONE E APPRENDIMENTO**: uso del linguaggio, elaborazione visuo-spaziale, motricità, attenzione, intelligenza, memoria, elaborazione delle informazioni, apprendere dall'esperienza.
- 2) **CAPACITÀ DI FARE ESPERIENZA, COMUNICARE E COMPRENDERE GLI AFFETTI**: comprendere ed esprimere gli affetti secondo modalità che risultano appropriate alle varie situazioni, sperimentare una vasta gamma di stati affettivi ed emotivi, saper comunicare agli altri la propria esperienza emotiva, riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri.
- 3) **CAPACITÀ DI MENTALIZZAZIONE E FUNZIONE RIFLESSIVA**: la capacità di riflettere sugli stati mentali altrui immaginando cosa l'altro

immagina e prova, capacità di simbolizzare le esperienze proprie e altrui (senza ricorrere ad acting out e somatizzazioni).

- 4) **CAPACITÀ DI INTEGRAZIONE E DIFFERENZIAZIONE**: distinguere il sé dall'altro, la fantasia dalla realtà, il presente dal passato e dal futuro, la capacità di costruire e mantenere una rappresentazione di sé e degli altri differenziata dalle persone che ci circondano, realistica, coerente e complessa.
- 5) **CAPACITÀ DI RELAZIONI E INTIMITÀ**: la capacità di costruire e mantenere delle relazioni stabili e soddisfacenti con gli altri, maturità delle relazioni oggettuali (non rigide ma mutevoli nel tempo), stabilità nelle principali relazioni significative, saper adattare il proprio comportamento in maniera flessibile a seconda delle situazioni, coltivare una rete di rapporti interpersonali con diversi gradi di vicinanza e intimità.
- 6) **REGOLAZIONE DELL'AUTOSTIMA**: la capacità di mantenere dei livelli di autostima che non siano irrealisticamente elevati o eccessivamente bassi (esprimere il sentimento di essere una persona abbastanza buona), autoefficacia e agency.
- 7) **CAPACITÀ DI CONTROLLO E REGOLAZIONE DEGLI IMPULSI**: la capacità di modulare i propri impulsi (una compromissione di questa area si ha sia in caso di mancata modulazione dell'impulso con scarica nell'agito, sia in caso di rigido ipercontrollo sulla manifestazione degli impulsi).
- 8) **FUNZIONAMENTO DIFENSIVO**: valutare ancora una volta le difese e in particolare quanto distorcono la realtà interna ed esterna.
- 9) **CAPACITÀ DI ADATTAMENTO**: la capacità di sapersi adattare ad eventi imprevisti e al mutare delle circostanze, la capacità di affrontare gli stessi.
- 10) **CAPACITÀ DI AUTOSSERVAZIONE**: il grado in cui un individuo è motivato a osservare la propria vita mentale interiore mostrando una propensione a comprendersi e a conoscersi nel profondo, la capacità di fermarsi a riflettere quando gli affetti che si provano sono molto intensi (un continuum che va dall'Io osservante all'alessitimia).
- 11) **CAPACITÀ DI COSTRUIRE STANDARD E IDEALI**: indice del senso morale dell'individuo, la capacità di formulare valori e ideali, la consapevolezza delle proprie scelte etiche sugli altri.

- 12) **SIGNIFICATO E DIREZIONALITÀ**: direzionalità e determinazione rispetto alle proprie scelte, la capacità di dare senso e coerenza rispetto alle proprie scelte.

A seconda della somma del punteggio totale si fa rientrare il paziente in una descrizione offerta dal PDM rispetto ad un livello di funzionamento: sano, nevrotico, borderline e psicotico.

Punteggio globale = _____

Tabella 2.1b Livelli del funzionamento mentale

Livello, range	Denominazione	Descrizione
Sano		
M1, 54-60	Funzionamento mentale ottimale/sano	Funzionamento ottimale o molto buono in tutte o nella maggior parte delle capacità mentali, con lievi e prevedibili variazioni nel grado di flessibilità e di adattamento nei diversi contesti di vita.
Nevrotico		
M2, 47-53	Funzionamento mentale buono/adeguato con alcune aree problematiche	Funzionamento mentale adeguato con alcune aree problematiche (per esempio, in tre o quattro capacità mentali). Tali difficoltà possono derivare da conflitti o sfide connesse a specifiche situazioni o eventi di vita.
M3, 40-46	Lieve compromissione del funzionamento mentale	Presenza di limitazioni o scarsa flessibilità in alcune aree del funzionamento mentale, che comportano un certo grado di rigidità o lievi compromissioni in ambiti come la regolazione dell'autostima, la regolazione degli affetti e degli impulsi, il funzionamento difensivo o la capacità di auto-osservazione.
Borderline		
M4, 33-39	Moderata compromissione del funzionamento mentale	Limitazioni moderate o mancanza di flessibilità nella maggior parte delle capacità mentali, che influenzano negativamente la qualità e la stabilità delle relazioni, il senso di identità e la gamma degli affetti che possono essere tollerati. Iniziano a essere presenti delle compromissioni nel funzionamento che molti autori psicodinamici definiscono "di livello borderline" e che possono essere ritrovate, in ordine crescente di gravità, anche nei due livelli successivi.
Adulti		
M5, 26-32	Grave compromissione del funzionamento mentale	Difficoltà o compromissioni significative in quasi tutte le aree del funzionamento mentale (per esempio, vi sono una tendenza alla frammentazione e difficoltà nella differenziazione sé-altro), insieme a una limitazione nell'esperienza di sentimenti o pensieri nei principali contesti di vita (relazioni, lavoro, tempo libero).
M6, 19-25	Limitazioni significative delle funzioni mentali di base	Compromissioni significative nella maggior parte delle aree del funzionamento mentale, insieme a difficoltà nell'organizzazione e/o integrazione-differenziazione tra sé e gli altri.
Psicotico		
M7, 12-18	Notevoli/gravi limitazioni delle funzioni mentali di base	Importanti e gravi lacune in quasi tutte le aree del funzionamento mentale, con compromissione nell'esame di realtà; frammentazione e/o difficoltà nella differenziazione sé-oggetto; difficoltà nella percezione, integrazione e regolazione degli affetti e dei processi di pensiero; gravi limitazioni in una o più funzioni mentali di base (per esempio, percezione, integrazione, capacità motorie, memoria, regolazione, capacità di giudizio).

(Lingiardi & McWilliams, 2017)

ASSE S - sintomatologia

Corrisponde ai sintomi diagnosticati tramite nosologia del DSM. A differenza del DSM-5 nella diagnosi con l'asse S del PDM viene contemplata l'esperienza soggettiva del paziente (in termini di pattern relazionali, affettivi e cognitivi) e l'esperienza soggettiva del terapeuta (sul piano controtrasferale). Si riportano degli esempi:

L'esperienza soggettiva del doc

Stati affettivi

I pazienti con ossessioni e compulsioni sono eterogenei in termini di gravità dei sintomi, funzionamento mentale e insight e, pertanto, possono sperimentare diversi stati affettivi. La depressione non è infrequente, accompagnata da ideazione e progettualità suicide che sono correlate alla sensazione di essere incapaci di gestire i sintomi nella vita di tutti i giorni. Questa complicità è più frequente nei pazienti con buon insight. I pazienti con una diagnosi di DOC e scarso insight, per contro, possono avere un sentimento di dolore e d'isolamento perché vengono considerati strani e non accettabili da parte degli altri, anche dalle persone più vicine a loro. Quando l'insight è assente per la maggior parte del tempo e il pensiero è delirante, è verosimile che una persona proietti la propria aggressività sugli altri, sentendosi, di conseguenza, isolata o in pericolo. Quando ai soggetti che soffrono di questo disturbo viene impedito di mettere in atto le compulsioni o i rituali, essi possono diventare molto spaventati, irritabili, o apertamente aggressivi. Dietro tali sintomi, l'esperienza clinica psicoanalitica individua una serie di preoccupazioni inconsce, compresa la paura di poter perdere il controllo (in particolare rispetto alla contaminazione, all'aggressività e alla vergogna).

Pattern cognitivi

Nella valutazione clinica dei soggetti con ossessioni e compulsioni, l'insight è una dimensione importante. Le ossessioni possono essere riconosciute dal soggetto come un malfunzionamento della propria mente, come qualcosa che interferisce con il proprio funzionamento usuale e con il flusso dei pensieri, e i sintomi ossessivi possono essere vissuti come altamente egodistonici, disturbanti e intrusivi. Le ossessioni egosintoniche sono solitamente correlate a uno scarso insight. Il pensiero magico in assenza d'insight può apparire delirante, mentre per i pazienti con insight intatto esso è assurdo e fonte di vergogna. L'attività compulsiva è, spesso, quello che rimane del pensiero magico della prima infanzia, quando gli impulsi e le azioni non erano completamente differenziati. Pertanto, gli individui con sintomi ossessivo-compulsivi possono essere interpretati come soggetti che si sono puniti inconsciamente per avere avuto pensieri criminali (cognizioni ostili, egoistiche), che continuano a inseguire sotto forma di immagini e idee ossessive, motivando i tentativi di espiare la loro colpa attraverso rituali che rappresentano le difese della formazione reattiva e dell'annullamento retroattivo.

Pattern relazionali

Le ossessioni e le compulsioni possono compromettere la qualità della vita influenzando negativamente il funzionamento sociale e relazionale. In alcuni casi gravi, i sintomi irrompono nella vita dei soggetti portando a isolamento sociale. In generale, gli individui affetti da DOC tendono a rimanere nelle relazioni se hanno la possibilità di controllare il partner. Essi possono anche scegliere partner che li rassicurano rispetto al contenuto dei loro sintomi o addirittura che partecipano ai loro rituali compulsivi.

L'esperienza soggettiva del terapeuta

L'esperienza interna di una persona con un'ossessione è stata spesso concettualizzata e definita come una battaglia tra due parti della mente, quella che assedia e quella che è assediata. L'esperienza soggettiva del clinico di fronte a pazienti con DOC può oscillare tra un atteggiamento ottimistico, positivo, empatico, che considera il comportamento del paziente come una difesa normale per far fronte alla vita quotidiana, e un atteggiamento di stupore, scoraggiamento, pessimismo e dubbio sul fatto di essere in grado di aiutare di fronte a un'organizzazione delle difese così "fredda, metallica". Il controtransfert può essere dominato da tematiche di "controllo", dal momento che il paziente tenta di controllare la sua vita e il suo comportamento – con sforzi che hanno spesso un esito tragicamente fallimentare. Qualunque sia lo sforzo che si fa per controllare la vita interiore buttando dalla finestra i pensieri che vengono rifiutati, questo viene sabotato dal fatto che essi rientrano velocemente e in maniera trionfante dalla porta principale sotto forma di compulsioni non controllabili.

Quando un clinico è sopraffatto a causa dei vissuti elicitati dal paziente si sente spesso impotente.

L'esperienza soggettiva del terapeuta

ANSIA

Le esperienze controtransfereali possono essere estremamente variabili. I clinici possono sentire un coinvolgimento empatico, un controtransfert genitoriale e il bisogno di rassicurare i loro pazienti ansiosi. Oppure possono sentirsi travolti dall'ansia nel momento in cui diventano oggetto d'identificazione proiettiva, e questo accade in particolar modo con i pazienti che hanno un grave disturbo di personalità o che sono psicotici. In risposta a questo meccanismo, i terapeuti rischiano, difensivamente, di abbandonare il loro coinvolgimento nella relazione. L'esperienza della frustrazione è comune quando si trattano individui con ansia o fobie, come è indicato nel detto clinico: "Qualunque sintomo, pattern comportamentale, o contenuto ideico che serva, in parte, come una difesa nei confronti dell'ansia di annichilimento sarà molto resistente al trattamento".

(Lingiardi & McWilliams, 2017)

L'ordine degli assi da valutare varia a seconda della fascia di età: nell'adulto si valuta prima l'asse P, considerata una componente abbastanza stabile e il cui focus clinico è primario, e in seguito l'asse M. Per bambini, adolescenti e anziani si parte invece dall'asse M poiché mette maggiormente in luce gli aspetti evolutivi (Lingiardi & McWilliams, 2017).

CONFRONTO TRA PDM E DSM

Le diagnosi PDM-2 sono dunque «prototipiche», cioè non sono basate sull'idea che una categoria diagnostica possa essere accuratamente descritta come una lista di sintomi e per di più con uguale valore ponderale (diagnosi «politetica», adottata dal DSM), ma sul presupposto che la presentazione clinica del paziente possa avere diversi gradi di somiglianza o sovrapposizione complessiva con la descrizione di un prototipo o «tipo ideale» di un disturbo. Se i sistemi di classificazione del DSM e dell'ICD sono stati costruiti in modo da massimizzare l'attendibilità delle loro categorie a fini di ricerca, condurre ricerche epidemiologiche sulla prevalenza, il decorso e la prognosi dei disturbi, e per motivi legati ai rimborsi assicurativi, l'approccio diagnostico del PDM-2 si rivolge piuttosto alla formulazione del caso individuale e alla pianificazione di trattamenti che tengano conto della complessità e della varietà dell'esperienza psicologica di ogni individuo. In aggiunta, le tassonomie del DSM e dell'ICD hanno mantenuto un approccio alla diagnosi prevalentemente categoriale, mentre la diagnosi del PDM-2 si basa sul concetto di continuum. Rispetto ai limiti del DSM le due edizioni del PDM hanno cercato di rispondere a tali criticità con conseguenti differenze a livello di struttura, contenuti e obiettivi. Tra gli aspetti critici del DSM ricordiamo: l'elevata comorbidità tra i diversi disturbi; la predilezione per la coerenza interna dei costrutti/disturbi a spese della loro validità esterna; la scarsa stabilità temporale delle diverse diagnosi; la sola considerazione di sintomi direttamente osservabili, scervi di connotazioni relative all'esperienza interiore del paziente; la mancanza di indicazioni per la progettazione di interventi patient-tailored ed efficaci; la scarsa maneggevolezza clinica, la tendenza all'iperdiagnosticismo e la palese medicalizzazione di condizioni da molti ritenute fisiologiche, inevitabilmente destinata ad avvantaggiare le industrie farmaceutiche (Lingiardi & Muzi, 2018). Per la McWilliams il vantaggio di questo tipo di diagnosi sta nel fatto che anche quei pazienti che potrebbero lamentarsi di uno specifico disturbo dell'Asse 1 del DSM, si lamenteranno di problemi che andranno probabilmente oltre i sintomi di quel disturbo. Pertanto il DSM (i cui disturbi sono inclusi a partire da dati statistici), nel ridefinire la psicopatologia in forme che facilitino la ricerca, ha prodotto descrizioni di sintomatologie cliniche che risultano categoriali in modo artificioso e che non riescono a cogliere le esperienze complesse dei pazienti. Infatti la mancanza nel DSM di un focus sull'esperienza soggettiva dei sintomi da parte del paziente ha generato una visione della sofferenza mentale distante dall'esperienza reale (cosa che è presente invece nel PDM) (McWilliams, 2012). Importante anche l'attenta considerazione del PDM alla soggettività del clinico (aspetto assente nel DSM), e alle possibili risposte emotive sperimentate nei confronti dei propri pazienti in trattamento (Lingiardi & Muzi, 2018).

Strumenti di valutazione derivati dal PDM-2: la SWAP-200

La SWAP-200 è uno strumento clinician-report basato su una metodologia che valuta gli stili e i disturbi di personalità. Gli autori dello strumento (Shedler, Westen e Lingiardi) hanno selezionato 200 item capaci di organizzare le osservazioni, le valutazioni e le descrizioni cliniche di vari aspetti del funzionamento del paziente per gli assi P e M. La SWAP fornisce punteggi che valutano le diagnosi di disturbo di personalità del DSM e una classificazione di stili e disturbi di personalità. Tutte le versioni della SWAP prevedono che il clinico attribuisca un punteggio da 0 (per nulla descrittivo) a 7 (totalmente descrittivo) a ciascuno dei 200 item, in base al grado di descrittività della personalità e del funzionamento del paziente. I 200 item della SWAP 200 e i sette livelli di descrittività assegnati a ciascun item sono in grado di fornire combinazioni pressoché infinite che permettono di catturare la complessità di molteplici pattern di personalità. Per Lingiardi e McWilliams i 30 item che ricevono i punteggi più alti forniscono una sintesi utile del funzionamento del paziente, tanto da poter essere usati come nucleo centrale di una formulazione del caso. Sono stati poi messi a punto due indici che si ricavano dal punteggio della SWAP:

- l'indice PHI che fornisce una stima del livello globale di salute psicologica del paziente;
- l'indice RADIO, che delinea i punteggi in 5 aree del funzionamento della persona (esame di realtà - lettera R), (regolazione degli affetti - lettera A), (meccanismi di difesa - lettera D), (integrazione dell'identità - lettera I), (relazioni oggettuali - lettera O).

La SWAP può essere utile per valutare l'asse P del PDM, mentre gli indici PHI e RADIO possono essere impiegati anche per l'asse M, lo strumento può essere utilizzato in più tempi durante una psicoterapia, fornendo un metodo valido per monitorare i cambiamenti nel corso del trattamento. I limiti della SWAP sono i seguenti: serve circa 40/120 minuti per compilare i 200 item e il clinico deve conoscere il paziente sufficientemente bene (si raccomandano almeno 6 sedute) (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Esempio di item della SWAP-200, in questo caso per il cluster 10 dell'asse M (capacità di autosservazione).

- 25 - Ha difficoltà a riconoscere e/o esprimere la propria rabbia (**punteggio da 0 a 7**).
- 82 - Riesce ad ascoltare una notizia minacciosa sul piano emotivo (cioè un'informazione che mette in discussione le credenze e percezioni di sé e degli altri che per lui/lei sono fondamentali) e sa usarla e trarne beneficio (**punteggio da 0 a 7**).
- 100 - Tende a pensare in termini astratti e intellettualizzati, anche su argomenti di rilievo personale (**punteggio da 0 a 7**).
- 119 - Tende a essere inibito/a o coartato/a; non riesce a concedersi di riconoscere o esprimere desideri e impulsi (**punteggio da 0 a 7**).
- 148 - Ha poco insight psicologico riguardo alle proprie motivazioni, ai comportamenti ecc.; non riesce a prendere in considerazione interpretazioni alternative della propria esperienza (**punteggio da 0 a 7**).
- 183 - Ha intuito psicologico; riesce a capire in modo piuttosto sofisticato se stesso/a e gli altri (**punteggio da 0 a 7**).

Test psicologici standardizzati per la valutazione dell'asse M, da utilizzare insieme/al posto della SWAP-200

CAPACITÀ DI REGOLAZIONE, ATTENZIONE E APPRENDIMENTO:

- **Mini Mental State Examination:** Permette uno screening del funzionamento del soggetto nelle principali aree del funzionamento cognitivo, come l'attenzione, la memoria a breve termine, l'orientamento e alcuni compiti esecutivi di base. Offre ai clinici la possibilità di verificare, in modo facile e veloce, la presenza di compromissioni rilevanti in alcune aree del funzionamento cognitivo (Lingiardi & McWilliams, 2017). Gli autori sono Teng e Chui.

CAPACITÀ DI FARE ESPERIENZA, COMUNICARE E COMPRENDERE GLI AFFETTI:

- **SWAP-200**
- **Empathy Quotient:** è un questionario composto da 60 item (ma ne esiste anche una versione breve, di 40 item) che valuta l'empatia negli individui adulti. Esplicitamente finalizzato all'utilizzo in contesti clinici, è una misura sensibile a rilevare la mancanza di empatia come caratteristica di diverse forme di psicopatologia. Gli item devono essere valutati su una scala a 4 punti che va da «molto d'accordo» a «molto in disaccordo». I soggetti ricevono un punteggio pari a zero per risposte non empatiche, e dei punteggi pari a 1 o 2 per risposte empatiche, in questo caso a seconda della loro rilevanza. Sono compresi anche 20 item supplementari che agiscono da distrattori rispetto a un focus esclusivo sull'empatia (Lingiardi & McWilliams, 2017). L'autore è Baron-Cohen.

CAPACITÀ DI MENTALIZZAZIONE E FUNZIONE RIFLESSIVA: **SWAP-200**

CAPACITÀ DI INTEGRAZIONE E DIFFERENZIAZIONE:

- **ORI (intervista sulle relazioni oggettuali):** è uno strumento sviluppato da Blatt per valutare le rappresentazioni relative al sé e alle figure significative. Lo strumento valuta i pattern relazionali dell'individuo e le relative rappresentazioni interiorizzate connesse. In pratica, sollecitato dalle domande dell'intervistatore, al soggetto viene chiesto di descrivere i genitori, gli altri significativi, se stesso e il terapeuta. Esistono due scale di valutazione per l'ORI:
 - ☐ la scala CL, che valuta il contenuto delle risposte alle domande dell'intervista in tre cluster: benevolenza, punitività e ambizione;
 - ☐ la scala DR, che valuta l'organizzazione cognitiva delle risposte. A sua volta è suddivisa in dieci sottoscale (tra cui quelle di: compromissione del confine tra sé e l'altro, costanza dell'oggetto e capacità di pensare alle relazioni). L'output della scala DR offre un'indicazione del livello di funzionamento psichico del paziente.
- L'ORI è uno strumento utile a valutare le dinamiche anaclitiche e introietive per gli stili di personalità dell'asse P e per valutare i punti 4 e 5 dell'asse M. Inoltre non è difficile da somministrare e non occorre una lunga formazione per

utilizzarlo. Tuttavia la codifica delle risposte è complessa e richiede tempo (Lingiardi & McWilliams, 2017).

CAPACITÀ DI RELAZIONI E INTIMITÀ: SWAP-200 e ORI

REGOLAZIONE DELL'AUTOSTIMA:

- **Rosenberg Self-Esteem Scale:** un breve questionario, composto da 10 item, ampiamente utilizzato per valutare il livello globale autostima. Ai Soggetti viene richiesto di indicare il livello di accordo con le affermazioni descritte dagli item su una scala Likert a 4 punti, che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 4 (fortemente d'accordo). I punteggi totali variano, quindi, da 10 a 40, e maggiori sono i punteggi maggiore è la considerazione positiva di sé (Lingiardi & McWilliams, 2017).

CAPACITÀ DI CONTROLLO E REGOLAZIONE DEGLI IMPULSI:

- **Barratt Impulsiveness Scale:** un questionario self-report di 30 item che misura il livello generale di impulsività insieme a diversi suoi aspetti più specifici. Ogni Item Deve essere valutato su una scala Likert a 4 punti che va da 1 (raramente/mai) a 4 (quasi sempre/sempre). Patton, Stanford e Barratt (1995) hanno riscontrato con l'utilizzo della BIS-11 tre fattori/pattern di impulsività, in cui erano predominanti rispettivamente le componenti della disattenzione, quelle motorie e di mancanza di pianificazione (Lingiardi & McWilliams, 2017).

FUNZIONAMENTO DIFENSIVO:

- **DMSR:** è un metodo quantitativo finalizzato all'identificazione e alla valutazione dei pattern difensivi che emergono nel corso delle sedute terapeutiche. L'autore è Perry. Comprende 30 meccanismi di difesa e descrive i modi in cui è possibile discriminare difese di livello simile. LA DMSR organizza i meccanismi di difesa in 7 livelli, disposti gerarchicamente in ordine crescente di adattività dalle difese psicotiche a quelle nevrotiche. Lo strumento consente di individuare i meccanismi di difesa nel testo della trascrizione dei colloqui clinici. Lo strumento consente di ottenere due tipi di punteggi: il punteggio delle singole difese (che si ottiene sommando le frequenze della singola difesa nel testo e dividendo tale valore per il totale dei meccanismi di difesa rilevati) e il punteggio globale delle difese (sommatoria delle frequenze di ogni meccanismo di difesa moltiplicate per il numero corrispondente di

livello gerarchico, diviso per il totale dei meccanismi di difesa rilevati). Un punteggio globale minore di 5 si associa ad un funzionamento borderline o psicotico, un punteggio tra il 5 e il 6 si associa ad un funzionamento nevrotico, un punteggio maggiore di 6 attesta un funzionamento sano. Il DMSR è un valido strumento per la valutazione degli assi M e P del PDM. Può essere utilizzato più volte tra una seduta e l'altra per il monitoraggio dei cambiamenti nello stile difensivo. Lo strumento tuttavia presenta i seguenti limiti: è richiesta una lunga formazione per somministrarlo, la valutazione richiede ore e serve necessariamente disporre della trascrizione del colloquio clinico (Lingiardi & McWilliams, 2017).

CAPACITÀ DI ADATTAMENTO: SWAP-200

CAPACITÀ DI AUTOSSERVAZIONE:

- **Toronto Alexithymia Scale-20:** è un questionario self-report composto da 20 item da valutare su una scala likert a 5 punti, che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo). Punteggi più alti indicano maggiori livelli di alessitimia. La Toronto Alexithymia Scale-20 comprende tre sottoscale che valutano rispettivamente: la presenza di difficoltà nell'individuare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni corporee (7 item), le difficoltà nel descrivere agli altri il proprio stato emotivo (5 item), uno stile di pensiero orientato all'esterno (8 item) (Lingiardi & McWilliams, 2017). Gli autori sono Tylor e Bagby.

CAPACITÀ DI COSTRUIRE STANDARD E IDEALI: SWAP-200

SIGNIFICATO E DIREZIONALITÀ: SWAP-200

II PDM-3

A dicembre 2025 è stata pubblicata, in formato digitale, la terza edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico. Rispetto al PDM-2 la terza edizione riorganizza le sue sezioni del manuale in base alla cronologia dello sviluppo. Le prime tre sezioni sono dedicate al processo diagnostico nella prima infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza, mentre le sezioni 4 e 5 riguardano l'età adulta e la terza età. È presente anche una sezione finale che descrive la valutazione tramite la Scheda Psicodiagnostica (PDC), uno strumento derivato dal PDM che fornisce diverse descrizioni di casi per migliorare l'utilità clinica del manuale. In ogni sezione/fascia d'età, il PDM-3 mantiene l'approccio diagnostico "prototipico" dell'edizione precedente, che fornisce descrizioni per ogni stile/disturbo che possono essere considerate un "ideale" a cui un individuo può più o meno avvicinarsi (piuttosto che categorie distinte a cui una data persona appartiene o non appartiene). Anche nel PDM-3 i clinici possono descrivere il funzionamento degli individui in modo dimensionale in ciascuna fascia d'età lungo tre assi: Personalità (Asse P), Funzionamento Mentale (Asse M) e Sintomi (Asse S) (ad eccezione della sezione "Prima Infanzia e Prima Infanzia", che segue uno specifico sistema multiassiale). Ciascun asse fornisce una prospettiva sfumata sul funzionamento individuale per aiutare i clinici a creare un profilo diagnostico multifforme e a determinare il miglior piano di trattamento possibile. Infine, ogni sezione si conclude con un capitolo incentrato sull'esperienza soggettiva di condizioni non patologiche che potrebbero giustificare un intervento specializzato, come le risposte individuali ai cambiamenti climatici, alla recente pandemia, a guerre reali o minacciate e le esperienze di pazienti (e terapeuti) che sono minoranze razziali, etniche, culturali, linguistiche, politiche o di genere e sessuali (Lingiardi & McWilliams, 2025).

Test non standardizzati: la sabbiera nell'analisi junghiana

STORIA DEL GIOCO DELLA SABBIA

La Terapia del Gioco della Sabbia o Sandplay Therapy è una modalità psicoterapeutica a orientamento psicanalitico che si basa su una forma di lavoro pratico e creativo. Nel Gioco della Sabbia il classico setting analitico viene arricchito di nuovi elementi: un contenitore di sabbia e una serie di oggetti in miniatura. Dora Kalff (1904-1989), psicoanalista svizzera, allieva di Carl Gustav Jung, ideò un'importante evoluzione della Tecnica del Mondo di Margaret Lowenfeld (uno strumento terapeutico-diagnostico che consisteva nella costruzione di un mondo in miniatura all'interno di un vassoio di sabbia). Tra gli anni '50 e '60, Kalff sviluppò la Terapia del Gioco della Sabbia, una modalità di lavoro originale con sabbiera e miniature basata sui presupposti della Psicologia Analitica. L'intento della Kalff fu, fin dagli inizi, ricercare nuove strade che permettesse di conciliare il trattamento del bambino con il pensiero e il metodo analitico ideato da Jung. Dora Kalff interpretò la sabbiera e le miniature come una strumentazione efficace per accedere ai contenuti inconsci dei pazienti che, di volta in volta, venivano proiettati nelle "sabbie". La Kalff riconobbe nelle rappresentazioni dei suoi piccoli pazienti la manifestazione e la coesistenza dei diversi livelli dell'inconscio, come teorizzati da Jung: aspetti inconsci dell'esperienza personale, legati alle problematiche di vita, e aspetti archetipici. Dora Kalff si accorse di una valenza terapeutica del Gioco della Sabbia anche con il paziente adulto. Il Gioco della Sabbia venne dunque applicato al paziente adulto come modalità analitica che si basa sui presupposti della teoria junghiana e sulla rappresentazione attiva delle immagini inconse (Sergiampietri).

STRUMENTI E PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE

Le sabbiere utilizzate per il Gioco della Sabbia hanno delle caratteristiche che le contraddistinguono: le dimensioni sono standardizzate (57 X 72 X 7 cm), corrispondenti al campo visivo di una persona che lavora alla distanza di 50 cm, e il contenitore della sabbia è dotato di un fondale blu che ha la funzione di facilitare la rappresentazione dell'acqua. Le sabbiere vengono disposte su di un carrello dall'altezza regolabile per facilitarne l'accesso ad adulti e bambini. La sabbiera, con i suoi confini ben delimitati, è stata spesso correlata al concetto di recinto sacro introdotto da Jung quale luogo circoscritto e protettivo necessario per l'oggettivazione dei contenuti inconsci. La sabbia, essendo un materiale non strutturato, si adatta bene ai processi proiettivi, inoltre possiede grandi potenzialità espressive variando stato e caratteristiche a contatto con l'acqua: da materia fluida e delicata diviene struttura solida e plasmabile, per Aite (2002) rappresenta l'indistinzione che precede l'intuizione di una forma. Secondo le indicazioni di Dora Kalff la gamma intera di miniature deve poter rappresentare, oltre al mondo esteriore e quotidiano del paziente,

anche il mondo immaginario e fantastico. Tra le diverse categorie di oggetti usate per il Gioco della Sabbia ricordiamo: animali; vegetazione; personaggi umani di diverse età, epoche e nazionalità; elementi architettonici; veicoli; creature immaginarie dei miti, delle favole e dei cartoni animati; oggetti della natura; materiale da costruzione; divisori e connettori. Oltre alle miniature può essere introdotto anche del materiale non strutturato come per esempio plastilina o sabbia colorata. La collezione di miniature non è standardizzata, gli oggetti vengono scelti liberamente dal terapeuta, riflettendone il mondo interiore. L'uso di oggetti miniaturizzati, oltre a facilitare la rappresentazione, indipendentemente dalle capacità manuali soggettive, permetterebbe al paziente di esprimere le emozioni in una forma maneggevole e in uno spazio protetto, trasmettendo l'illusione del controllo sul proprio vissuto. Nel corso della prima seduta il terapeuta dovrà introdurre la metodica del Gioco della Sabbia, illustrarne la procedura e lasciare al paziente la possibilità di esplorare il materiale. L'introduzione del Gioco della Sabbia risulterà semplice con i bambini, che tenderanno a giocare spontaneamente, mentre con gli adulti e gli adolescenti dovrà essere più articolata. Con il soggetto adulto il Gioco della Sabbia potrà essere utilizzato come modalità terapeutica a sé stante o in parallelo all'analisi verbale junghiana. Una volta introdotto il metodo, al paziente viene lasciata la possibilità di esprimersi creativamente mediante la costruzione di un'immagine che lo rappresenti. Essendo un gioco senza regole, gli strumenti potranno essere usati liberamente, stimolando un processo creativo articolato. Gli oggetti della collezione potranno essere selezionati e inseriti entro la sabbiera. Durante la costruzione il terapeuta dovrà osservare in silenzio e con attenzione la scena: ogni evento che avverrà all'interno della seduta sarà significativo (Sergiampietri). L'analista dovrà osservare se il paziente tocca o no la sabbia, se la smuove, se fa dei solchi, come avviene la manipolazione, quanto tempo impiega per il gioco, se esprime reazioni verbali, quali oggetti dispone e come li dispone, se il giocatore utilizza delle pause per riflettere, se l'utente si rifiuta di usare il materiale, se costruisce una sabbiera vuota/piena/esteticamente bella, ecc... Aite (2002) distingue gli oggetti del Gioco della Sabbia in:

- oggetti scelti per immedesimazione: ossia oggetti nei quali il paziente si immedesima e nei quali proietta alcuni aspetti del suo mondo interno;
- oggetti scelti per astrazione: ossia oggetti nei quali il paziente proietta affetti che avverte come distanti/contrapposti a sé (anche inquietanti).

Alcuni terapeuti prendono appunti durante la costruzione della sabbiera. Gli eventi che in genere vengono registrati dal terapeuta comprendono: dunque l'utilizzo della sabbia; la sequenza e il piazzamento degli oggetti; la direzione e la relazione spaziale degli oggetti; gli oggetti che vengono seppelliti; gli oggetti selezionati ma non usati; la comunicazione verbale e non verbale del paziente. Una volta che il paziente avrà

terminato la rappresentazione, vi sarà un momento di condivisione dell'immagine. Il terapeuta si avvicinerà alla sabbiera e la osserverà in silenzio assieme al paziente. Il terapeuta potrà richiedere al paziente di attribuire un titolo alla sabbia o, se lo desidera, di raccontare una storia sull'immagine creata. In ogni caso verranno evitati interventi tesi a rendere cosciente il materiale rappresentato. Secondo il modello di Dora Kalff la restituzione di quanto avvenuto nel processo creativo e dei contenuti espressi nelle immagini non dovrà avvenire immediatamente. Al termine della seduta, una volta che il paziente avrà lasciato la stanza, la rappresentazione verrà fotografata. In seguito l'immagine verrà smontata e gli oggetti saranno nuovamente collocati sulle mensole. Alla conclusione di un ciclo con il Gioco della Sabbia, quando il terapeuta riterrà il paziente pronto ad integrare il materiale inconscio, verrà proposta una revisione delle sabbie. Le immagini create nel corso della terapia saranno riesaminate assieme al paziente, interpretando i contenuti e i simboli rappresentati (Sergiampietri). La revisione delle sabbie sarà inoltre un'occasione per una nuova narrazione dei momenti cruciali dell'analisi che spesso determinerà l'emergere di nuovi elementi di insight (Aite, 2002).

OBIETTIVI DEL GIOCO DELLA SABBIA

Attraverso l'uso degli oggetti nello spazio circoscritto della sabbiera, inteso nella valenza contenitiva di “spazio libero e protetto”, il paziente potrà costruire una serie di rappresentazioni immaginative con la finalità di rappresentare il proprio mondo interiore inconscio. Il confronto attivo e creativo con gli elementi inconsci, stimolato dalla rappresentazione e dal parallelo lavoro analitico, permetterà al paziente di intraprendere un viaggio simbolico-immaginativo attraverso le immagini della propria psiche. Infatti nella Terapia del Gioco della Sabbia di Dora Kalff viene valorizzata l'importanza della creatività per il superamento dell'impasse psicologico e come motore della trasformazione psichica: la sabbiera e le miniature si rivelarono essere un importante strumento di accesso ai contenuti inconsci personali e archetipici.

“Dal gioco emerge una sorta di mappa che disegna la relazione dell’individuo con i propri conflitti e le proprie tendenze [...] provoca e favorisce la simbolizzazione degli affetti” (Aite, 2002).

Il Gioco della Sabbia mira alla costruzione di uno spazio terapeutico definito dalla stessa Kalff “libero e protetto” che si avvale di due dimensioni che lavorano in contemporanea: la dimensione materiale, ossia la sabbiera quale luogo circoscritto della rappresentazione, e la dimensione relazionale vissuta nel rapporto paziente-terapeuta. Entro questo “spazio”, relazionale e fisico, offerto dal clinico, il paziente ha la possibilità di esplorare le parti della propria personalità ancora sconosciute mediante il gioco simbolico con la sabbia e le miniature (Sergiampietri).

Inoltre la dimensione attivata dalla sabbiera riesce a dare forma metaforica e condivisibile a emozioni e affetti ancora non rappresentabili e lontani dalle possibilità espressive della parola, in quanto l'azione di gioco è una forma di regressione controllata (in cui non è richiesto l'uso della parola). Un altro obiettivo del Gioco della Sabbia è quello di ristabilire l'unità di parti del paziente, fino a quel momento scisse tra loro, attraverso l'attività simbolica: pertanto il compito dell'analista sarà quello di attivare la funzione simbolica del paziente paralizzata dalle difese (Aite, 2002). Nel modello junghiano infatti l'utilizzo del linguaggio simbolico permette di riconnettersi con gli aspetti scissi della personalità e di manifestare i tratti della personalità rimasti inconsci a causa delle necessità di adattamento al mondo esterno, realizzando un dialogo tra i contenuti coscienti e inconsci (in particolare legati alla dimensione archetipica della psiche). Il simbolo, nella metapsicologia di Jung, ha proprio la funzione di mediatore tra coscienza e inconscio ed è l'elemento che consente di manifestare gli archetipi e i contenuti collettivi rendendoli più vicini alla coscienza (Sergiampietri). Il simbolo rappresenta per Jung la più alta espressione dell'inconscio di espandersi verso nuovi orizzonti e prospettive di sviluppo della personalità con valenza trasformativa. La terapia junghiana invita il paziente a vivere i simboli e ad aspettare che si comprenda emotivamente la valenza trasformativa dei significati simbolici col passare del tempo (viceversa quando il simbolo è ricondotto subito a un significato preciso, si satura e muore perchè esaurisce la sua potenzialità trasformativa), inoltre per Jung il simbolo non agisce in senso trasformativo se la coscienza non si dispone a lasciarsi investire dal suo potere trasformatore (Concato & Innocenti, 2010).

“La tensione tra opposti tra coscienza e inconscio trova nel simbolo il suo momento di espressione e di riconciliazione” (Jung, 1928).

PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE PER JUNG

Per Jung le psicopatologie non sono frutto di un trauma subito nel passato e rimosso dal livello conscio, come sosteneva Freud. Viceversa, sono segno che l'uomo non sta assecondando le sue naturali tendenze, e sta vivendo una vita inautentica. Compito del terapeuta sarà quindi capire quali sono le inclinazioni personali del paziente per permettergli di realizzare se stesso e la sua vocazione (Jung infatti sostituisce il concetto di guarigione con quello di individuazione) (Stirati, 2022). Nel modello junghiano l'individuazione è il processo che unifica le varie istanze della personalità, è un percorso di scoperta di sé e delle proprie potenzialità inesprese (come la potenzialità “inconscie” inscritte nel seme di diventare un albero) che sono inibite dalle nostre difese per adattarsi alla vita esterna. Per Jung fino a che punto l'individuo possa svilupparsi psichicamente dipende da quanto l'Io sia disponibile a seguire gli orientamenti del Sé (che per Jung è un archetipo, l'archetipo della totalità della

psiche/istanza di totalità della personalità). Il Sé, in quanto archetipo, può manifestarsi in immagini simboliche nei sogni, nelle fantasie (Concato & Innocenti, 2010) e nel Gioco della Sabbia. Il processo di individuazione è differente per ogni persona e prevede il confronto con diversi archetipi tra i principali ricordiamo: l'Ombra, l'Animus, l'Anima, il Vecchio Saggio, la Grande Madre e l'archetipo del Sé. Dunque, quanto nell'analisi junghiana tanto nel Gioco della Sabbia, l'analista gradualmente si muoverà dai contenuti soggettivi più superficiali fino ai contenuti oggettivi dell'inconscio collettivo: in un percorso che parte dal sintomo per arrivare al complesso, poi al simbolo e infine all'archetipo (Sergiampietri).

SABBIERA E TRANSFERT

Infine, la sabbiera diviene, oltre che modalità di accesso al mondo intrapsichico e archetipico, anche strumento della relazione analitica e specchio entro cui si manifesteranno le dinamiche di transfert e controtransfert. Difatti si può assistere a manifestazioni transferali nelle sabbie:

- Transfert dentro la sabbiera: si stabilisce una volta che si è creata un'efficace alleanza terapeutica e si manifesta nei temi rappresentati;
- Transfert verso la sabbiera: avviene fin dalle prime sedute e si manifesta nelle modalità di comportamento nei riguardi della sabbia e degli oggetti. Comprende i desideri, le paure, le aspettative nei riguardi della terapia;
- Transfert espresso attraverso la sabbiera: quando la sabbiera viene utilizzata inconsciamente dal paziente per veicolare fenomeni di transfert verso l'analista, comprende spesso manifestazioni di aggressività e opposizione (Sergiampietri).

LIMITI

E' richiesta molta esperienza per interpretare le sabbie e un lungo training. La fotografia del mondo inconscio del paziente che ci fornisce la tecnica da sola non è idonea a formulare una diagnosi -> utile però utilizzare la sabbiera come strumento da integrare ad un ciclo di sedute psicoanalitiche.

I test proiettivi

INTRODUZIONE

le tecniche proiettive rendono più immediatamente osservabili e trascrivibili le strutture psichiche profonde del soggetto, le inibizioni e le resistenze che egli molto spesso mantiene sia nella anamnesi che nel colloquio. Il pregio delle tecniche proiettive è di non presentarsi come una minaccia al prestigio dell'esaminato, in quanto i test proiettivi non contemplano una risposta di per sé giusta o sbagliata. Il cliente infatti non si sente impegnato (come in altri test psicometrici) a dare risposte che poi saranno valutate come giuste o sbagliate. In tale contesto l'esaminato è messo nella condizione di rilevare più facilmente e con maggiore spontaneità aspetti profondi e nascosti della sua personalità. Nei test proiettivi entra in gioco la percezione, che viene definita secondo la prospettiva degli autori del "New look in perception", secondo cui gli oggetti situati nel mondo esterno sono percepiti, interpretati e modificati in funzione del proprio mondo interiore (inconscio e organizzazione della personalità): in tale visione teorica la conoscenza della realtà sarebbe una reazione attiva e non una passiva registrazione (Castellazzi, 2000). In altri termini esisterebbe una correlazione tra il processo percettivo e l'intera personalità del soggetto percipiente: il modo in cui percepiamo gli stimoli sarebbe uno specchio della struttura profonda della personalità (Frank, 1939). Le tecniche proiettive poggiano dunque sull'assunto che ogni risposta fornita dal soggetto in esame non è un risultato di un puro caso ma è determinato dalle sue caratteristiche del mondo interno e di personalità. A questo punto possiamo rifarci a Frank (1939) per una definizione descrittiva delle tecniche proiettive:

“Esse cioè sono un metodo di studio della personalità che pone il soggetto a confronto con una situazione alla quale egli risponde secondo il significato che tale situazione ha per lui e secondo ciò che egli sente in sé nel corso della risposta [...] i metodi proiettivi offrono molti vantaggi per ottenere dati sul processo di organizzazione dell'esperienza che è peculiare a ciascuna personalità”.

In altre parole, il modo in cui il soggetto percepisce interpreta lo stimolo proiettivo rispecchia aspetti fondamentali delle sue attività psicologiche, dove il materiale del test funziona come una specie di schermo su cui il soggetto proietta le sue caratteristiche: idee, atteggiamenti, ansie e desideri, conflitti, ecc... Rispetto agli stimoli dei test proiettivi, questi ultimi devono possedere le seguenti caratteristiche (Castellazzi, 2000):

- ambiguità: più gli stimoli sono percettivamente ambigui e più la loro interpretazione è libera (Picone et al., 2013);
- non-familiarità: lo stimolo deve essere sconosciuto. Tale caratteristica implica che il soggetto, messo di fronte alla situazione nuova, inattesa, viene esposto alla sensazione di un'assenza, di una perdita di relazione con la realtà a lui abituale e familiare. Ciò provoca una frustrazione e di riflesso una regressione che finisce per allentare i processi secondari propri dell'aria dell'area intellettuale, l'area della razionalità rivelando il mondo interno e inconscio del soggetto (quindi la struttura di base della sua personalità). Si allentano cioè i processi secondari e vengono messi in circuito i processi primari (Castellazzi, 2000).

Le caratteristiche più significative delle tecniche proiettive possono essere riassunte nei seguenti punti:

- a) L'obiettivo dei Test proiettivi è quello di analizzare nell'insieme la personalità del soggetto esaminato o anche valutare alcuni aspetti particolari ma sempre inseriti in un contesto globale. In teoria, per questa ragione non è prevedibile né possibile una descrizione della personalità per tratti indipendenti fra loro, in quanto il tutto appartiene ad una concezione olistica della personalità;
- b) Gli stimoli prodotti dai Test Proiettivi consentono un gran numero possibile di risposte diverse secondo le concezioni della psicologia dinamica: ossia ogni individuo è unico e risponderà perciò in modo originale e personale;
- c) I Test Proiettivi esplorano soprattutto gli aspetti affettivi e volitivi, ma, essendo fondati concettualmente su una percezione totale della personalità, forniscono indici e dati relativi anche all'aspetto cognitivo, in quanto quest'ultimo facente parte integrante della personalità;
- d) I criteri interpretativi derivano in misura consistente dalla psicoanalisi, o meglio più correttamente dalla psicologia dinamica, anche se i risultati dei test proiettivi possono essere interpretati secondo i presupposti teorici di altre scuole di pensiero sulla personalità (Pacente & Grattagliano, 2007).

Anzieu (1965, tr. it., p. 245) fa un lungo elenco, che qui riportiamo, dei settori della personalità messi in luce attraverso le tecniche proiettive:

- intelligenza in relazione con la personalità globale;
- realizzazione del soggetto nei suoi comportamenti;
- interessi;
- adattamento sociale;
- relazione con l'ambiente;
- contatto umano profondo;
- controllo di sé;
- maturità emotiva e i suoi gradi;
- storia personale in ciò che essa ha avuto di formativo o di traumatizzante;
- conflitti (traccia dei conflitti antichi; persistenza dei conflitti non risolti);
- tendenze nevrotiche ed eventualmente psicotiche;
- meccanismi di difesa;
- motivazioni dominanti (specialmente aggressività, sessualità, dipendenza, senso di abbandono nelle loro diverse forme);
- personalità manifesta e personalità latente;
- tratti di carattere;
- rapporti con se stesso (specialmente narcisismo e senso del valore personale);
- rapporti con il corpo (eventualmente disturbi psicosomatici);
- Super-Io e sistema delle interdizioni e dei valori;
- reazioni al successo e all'insuccesso;
- impegno del soggetto nei suoi compiti, ecc.

(Castellazzi, 2000).

TEST PROIETTIVI E SOGNO

Le tecniche proiettive possono in qualche modo essere paragonate al sogno. Sono diversi i punti di contatto: come nel sogno si parte dagli stimoli sensoriali di origine esterna per poi elaborare immagini interne; come nel sogno non c'è distinzione tra sensazioni di origine esterna o sensazioni di origine interna; come nel sogno c'è un ritorno a stadi arcaici; come nel sogno sono presenti i processi di spostamento, condensazione, simbolizzazione; come nel sogno c'è una parte conscia costituita dal contenuto manifesto e una parte inconscia costituita da un contenuto latente; come nel sogno agisce la censura così nelle tecniche proiettive si attivano diversi meccanismi di difesa; come il sogno ha una funzione catartica così le tecniche proiettive liberano le pulsioni rimosse; come nel sogno si innesca un processo psichico primario così nelle tecniche proiettive viene favorito l'abbandono del processo secondario (Castellazzi, 2000).

Il test di Rorschach (fondamenti)

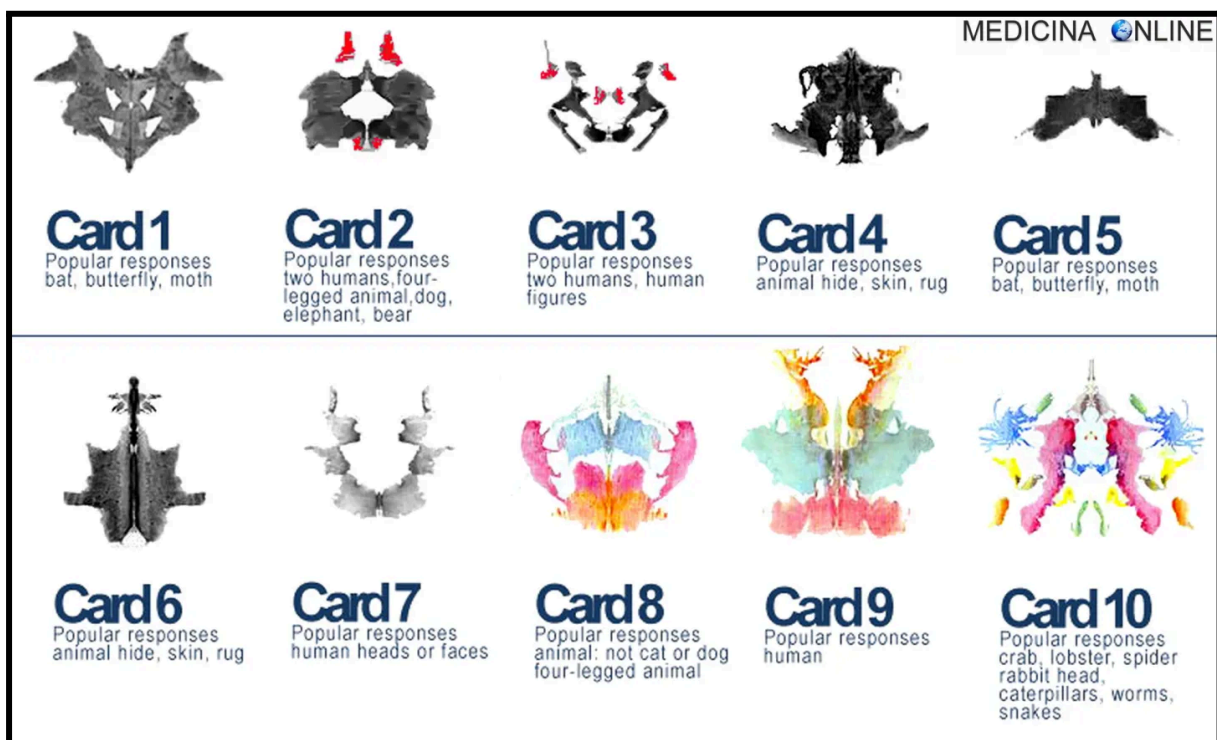
INTRODUZIONE

Il test di Rorschach è uno degli strumenti più utilizzati e conosciuti nella pratica clinica, in quanto consente un'analisi approfondita della struttura di personalità, permettendo anche di formulare delle ipotesi diagnostiche. È stato proposto inizialmente come metodo esplorativo per indagare la relazione tra percezione e personalità sulla base dell'osservazione di pazienti schizofrenici che sembravano percepire le macchie in modo molto diverso dai soggetti non clinici. Il test si compone di 10 tavole che rappresentano ognuna una macchia posta asimmetricamente rispetto all'asse centrale della tavola, le dimensioni delle tavole sono di 23 cm per 17 cm, cinque tavole sono nere, tre sono policrome, due sono bicromatiche. Anche se differenti autori e scuole hanno proposto modalità di siglatura ed interpretazioni distinte, il processo di valutazione ha una base abbastanza comune. La procedura di somministrazione del test di Rorschach può prevedere quattro fasi distinte:

- **la somministrazione** delle 10 tavole vera e propria con la trascrizione delle risposte. E' lo stesso Hermann Rorschach a suggerire la consegna migliore con cui presentare il test al paziente: *”adesso le farò vedere delle tavole, vorrei che lei mi dicesse a cosa somigliano, cosa potrebbero essere. Ognuno vede ciò che crede. Qualunque risposta mi darà a me andrà bene. Io dovrò scrivere tutto ciò che dirà su questi fogli perché altrimenti non mi ricorderei tutto. Non è una prova a tempo. L'orologio serve a me. Ora le mostrerò la prima tavola e lei la guarderà attentamente, ha tutto il tempo che vuole, quando ha finito me lo dirà e mi restituirà la tavola”*;
- **l'inchiesta**: in questa seconda fase si riguardano le tavole per rilevare come soggetto è arrivato a fornire una determinata risposta facendogli domande a riguardo. Hermann Rorschach ci dice come iniziare l'inchiesta: *“bene, lei ha visto tutte le tavole e ha dato delle risposte molto interessanti. Ora riguardiamole insieme, perché vorrei essere certo di vederle proprio come le vede lei. Vorrei sapere cosa nelle macchie le ha suggerito queste risposte. Quindi ora le leggerò le risposte che mi ha dato e le farò alcune domande”*. In particolare le domande servono a indagare rispetto alle determinanti che hanno generato le risposte. Ecco alcuni esempi di domande: *”dove ha visto una certa cosa su questa tavola?, mi mostri il dove si trova la farfalla?, dove vede il ballerino?, che cosa le ha dato l'idea delle ragnatele?, che cosa le ha fatto venire in mente che in questa parte della macchia ha visto una siepe?, che cosa le ha fatto pensare a delle nuvole in tempesta? può descrivermi la forma e il materiale di cui sono fatte le statue?, che cos'è che in questa zona le fa pensare ad un acquario pieno di pesci?, ecc...”* (Picone et al., 2013). In sostanza,

l'esaminatore dovrà fare in modo che con la fine della prova siano eliminati tutti i dubbi affinché la siglatura possa essere obiettiva e corretta. Attraverso l'inchiesta si devono stabilire tutte le modalità che concernono la formulazione della risposta e gli elementi che l'hanno determinata: per stabilirli occorre verificarli con il soggetto (Parisi);

- **l'approfondimento** (fase facoltativa): lo psicologo chiede altre domande per colmare eventuali ulteriori lacune nelle risposte del soggetto ottenute durante la fase di inchiesta (Picone et al., 2013);
- **la prova dei limiti** (fase facoltativa): consiste nel fare domande mirate relative a specifiche anomalie di cui è consigliabile cercare di comprendere meglio la causa e la portata. Tali anomalie sono delle omissioni che normalmente non riscontrano negli altri protocolli. Tra le principali omissioni sulle quali ci sembra opportuno comunque indagare: • La mancanza di contenuti umani • La mancanza di risposte di movimento in protocolli che solitamente prevedono la determinante del movimento (Parisi).



La siglatura

La localizzazione riguarda l'area della Tavola cui si riferisce una data risposta. Le Determinanti riguardano gli elementi della Tavola che inducono alla formulazione di ogni particolare risposta. Il Contenuto si riferisce al contenuto esplicito della risposta. La Frequenza è in relazione a statistiche nazionali dalle quali si desume se si tratta di una risposta data frequentemente, oppure di una risposta che non rientra in tale media, oppure ancora di una risposta raramente formulata. Le Manifestazioni Particolari si riferiscono a caratteristiche delle risposte non contemplate nelle quattro precedenti categorie di siglatura, ma che hanno un significato psicodiagnostico che è opportuno rilevare (Parisi).

LOCALIZZAZIONE

Ciascuna risposta del paziente al test di Rorschach viene poi siglata secondo la caratteristica di localizzazione: ossia in quale parte della macchia è stato visto il concetto. Esistono cinque categorie per la siglatura della localizzazione: globale (**W**) viene utilizzata quando il soggetto vede il concetto espanso in tutta l'area della macchia; grandi dettagli comuni (**D**) quando il soggetto vede il concetto in una porzione molto grande della macchia; piccoli dettagli comuni (**d**) quando il concetto visto dal soggetto riguarda una piccola parte della macchia; dettagli rari (**Dd**) quando la porzione della macchia vista dal soggetto non è comunemente utilizzata per quel determinato concetto; spazi bianchi (**S**) viene utilizzata per siglare i concetti visti negli spazi bianchi della macchia (Picone et al., 2013).

DETERMINANTI

Ciascuna risposta del paziente al test di Rorschach viene poi siglata secondo la caratteristica delle determinanti che hanno condotto il soggetto a fornire una certa risposta; le determinanti possono essere raggruppate in quattro aree denominate movimento, chiaroscuro, forma e colore. Le risposte di forma sono quelle nelle quali il concetto è stato determinato dalla forma o dal contorno della macchia e nelle quali non è presente nessun'altra determinante. Si siglano con la lettera **F**. Le risposte di movimento possono essere distinte in: risposte di movimento umano (**M**), movimento animale (**FM**) e movimento di oggetti inanimati (**m**). Le risposte di colore sono quelle in cui si determina il rapporto tra forma e colore, possono essere distinte in: risposte in cui prevale la forma sul colore (**FC**), risposte in cui prevale il colore sulla forma (**CF**) e risposte in cui prevale esclusivamente il colore puro (non sfumato, non bianco, non nero) (**C**). Le risposte di chiaroscuro sono quelle nelle quali si determina l'uso delle sfumature di colore come determinanti (es.: colore sfumato/toni di grigio), possono essere distinte in: risposte in cui prevale la forma sul colore chiaroscuro (**Fc**), risposte in cui prevale la forma sul colore chiaroscuro (**Fc**), risposte in cui prevale il colore chiaroscuro sulla forma (**cF**), risposte in cui prevale il chiaroscuro in colori

sfumati (**c**) e risposte in cui prevale esclusivamente il colore bianco/nero o grigio non sfumati (**C'**) (Picone et al., 2013).

CONTENUTO

Ciascuna risposta del paziente al test di Rorschach viene poi siglata secondo la caratteristica di contenuto. Esistono vari tipi di siglatura del contenuto proprio perché possono essere tante le possibili risposte di un contenuto alle macchie del Rorschach, occorre ricorrere ai manuali per gli elenchi completi (Picone et al., 2013). Si rimanda una tabella dei più importanti:

H	uomo
Hd	dettaglio di uomo
A	animale
Ad	dettaglio di animale
Astr	astrazione
(H)	figura antropomorfa
(A)	animale mitologico/di fantasia
Nat	natura
Fuo	fuoco
Nuv	nuvole
Cib	cibo
Bot	elementi botanici
Anat	elementi anatomici

FREQUENZA

Ciascuna risposta del paziente al test di Rorschach viene poi siglata secondo la caratteristica di frequenza. In particolare si siglano con (**P**) le risposte popolari (ossia quelle che vengono attribuite dalla maggior parte dei soggetti a una determinata tavola) e con (**O**) le risposte originali (ossia le risposte date da non più di un soggetto su 100) (Di Nuovo & Cuffaro, 2004; Picone et al., 2013).

MANIFESTAZIONI PARTICOLARI

Le manifestazioni particolari si riferiscono a verbalizzazioni particolari, per lo più di tipo patologico che il soggetto comunica durante l'esecuzione del test e che vanno registrate nella fase di inchiesta. Nella tabella sottostante se ne riportano alcuni esempi (Di Nuovo & Cuffaro, 2004):

	risposta di esempio
contaminazione CONTAM	(fusioni) un pollo-farfalla, un bufalo-pesce, un pinguino-rinoceronte
logica inappropriata ALOG	ragionamenti slegati e illogici per giustificare la propria risposta
proiezione di colore alle tavole non colorate CP	un cielo azzurro (a tavola completamente nera)
contenuto morboso MORBID	un ragazzo morto, malato, triste, smembrato, ferito
confabulazione CONFAB	risposta in cui il dettaglio viene esteso all'intera macchia
risposte personalizzate PER	la borsa rosa che mia zia Patrizia ha comprato nel 2007 ad Ancona

L'INTERPRETAZIONE DEL RORSCHACH

Gli aspetti della personalità che possono essere colti in un protocollo Rorschach sono distinguibili in tre sotto categorie:

- gli aspetti cognitivi: capacità ed efficienza intellettuale, capacità di osservazione, comprensione, originalità del pensiero, originalità degli interessi;
- gli aspetti affettivi: fanno riferimento a: tono emotivo, sentimento di sé, rapporto con gli altri e controllo degli impulsi emotivi;
- gli aspetti del funzionamento dell'Io: forza dell'Io, conflitti e difese.

Le risposte di movimento in genere si riferiscono agli atteggiamenti e modi di sentire il soggetto nei confronti della propria realtà interna della propria esperienza ai conflitti, alle tensioni legate all'auto accettazione fantasia pulsioni e energie del soggetto. Le risposte **M** (movimento umano) indicano un individuo che accetta se

stesso, i suoi impulsi e le sue fantasie; ma che allo stesso tempo è in grado di mantenere delle buone relazioni oggettuali in modalità ben integrata. Le risposte **FM** (movimento animale) evidenziano invece le energie più impetuose, più instabili: ossia quelle che sono connesse a pulsioni che richiedono un'immediata soddisfazione. Le risposte **m** (movimento di oggetti inanimati) indicano una presenza di conflitti non governabili che minacciano la forza dell'Io. Dal punto di vista psicodiagnostico si può affermare che il maggior numero di risposte **M** si trova in protocolli di persone che hanno sintomi ideativi (incoerenza, pensiero delirante, deragliamento, tangenzialità). Al contrario l'incidenza di risposte **M** diminuisce in stati caratterizzati da appiattimento e inibizione emotiva. Quando le risposte **M** sono di poco superiori o uguali alle risposte **FM** il soggetto è ben integrato con i propri bisogni e utilizza bene le proprie risorse, subordinando il bisogno di gratificazione immediata ad altri valori. Ciò in generale è indice di maturità poiché l'individuo dimostra capacità di accettare/controllare i propri impulsi e differire la gratificazione senza incorrere in conflitti interiori. Le risposte **FC** (forma-colore) indicano una reattività del soggetto alle situazioni emotive e la capacità di agire in modo appropriato alle richieste emotive. Le risposte **CF** (colore-forma) denotano una reattività alle sollecitazioni: queste risposte possono avere una valenza positiva in quanto sottintendono spontaneità del soggetto, o valenza negativa se sottintendono scarso controllo (la decisione in un senso o nell'altro dipende dai rapporti quantitativi che intercorrono tra i vari determinanti del colore). Le risposte **C** indicano un'emotività esplosiva e incontrollata: spesso un'assenza di controllo patologica. Dal punto di vista psicodiagnostico si può affermare che un'estrema limitazione del numero di risposte colore indica una limitazione di produzione di affetti e coartazione emotiva. Un numero alto di risposte di colore indica un'ampia produzione affettiva di tipo psicotico. Le risposte **(Fc)** (forma-chiaroscuro) indicano che il soggetto ha una buona consapevolezza nei suoi bisogni affettivi e di quelli degli altri. Le risposte **(cF)** (chiaroscuro-forma) indicano un bisogno di dipendenza primitivo e immaturo. Le risposte **(c)** (chiaroscuro sfumato) indicano affetti di tipo infantile/primitivo e bisogno di contatto fisico. Le risposte **C'** (colore bianco, nero, grigio) vengono interpretate come risposte di colore di tono minore. Dal punto di vista psicodiagnostico si può affermare che spesso i depressi non fanno uso del chiaroscuro, a causa del carattere estremamente coartato dei loro protocolli. Il numero delle risposte di chiaroscuro è direttamente proporzionale all'angoscia del paziente. Quanto più è elevata la percentuale di risposte di forma (**F**) sul numero delle risposte totali, tanto più il soggetto è impersonale e distaccato. La percentuale normale di risposte forma varia dal 20 al 50% (da 80% in su si associa alla psicopatologia). Uno scarso numero di risposte **F**, inferiore al 20%, in un protocollo con un numero sufficiente di risposte di movimento, di colore e di chiaroscuro indica che il soggetto può risultare spontaneo, creativo e sensibile. Dal punto di vista psicodiagnostico si può affermare che una

percentuale di risposte F molto elevata si trova soprattutto tra i depressi ma anche tra schizofrenici e paranoici. Per una più adeguata e corretta diagnosi bisogna far riferimento ai rapporti quantitativi che le singole determinanti hanno non solo all'interno della propria area ma anche rispetto alle determinanti di aree diverse (Picone et al., 2013).

LIMITI DEL RORSCHACH

Per utilizzare il Rorschach serve una formazione di training ad hoc e molta pratica. La somministrazione e l'inchiesta richiedono molto tempo ed è sconsigliato somministrarlo a pazienti psicotici. La siglatura e l'interpretazione sono molto complessi e variano a seconda delle molteplici scuole e approcci teorici al test (come Exner, Passi-Tognazzo, Rapaport, Holt, Klopfer). L'interpretazione della personalità che ci fornisce il Rorschach da sola non è idonea a formulare una diagnosi, è utile però come tecnica da integrare ad altri strumenti diagnostici (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Test proiettivo T.A.T.

Dopo il Rorschach il T.A.T. rappresenta il test proiettivo più utilizzato nella rilevazione di emozioni, sentimenti e conflitti della personalità. Lo strumento permette di rilevare affetti profondi e processi cognitivi, fornendo un'analisi globale della personalità. La pubblicazione del test risale agli anni '30 ad opera di Henry Murray. Il test analizza le reazioni a stimoli interpersonali ambigui. Il test è fondato sulla teoria dei bisogni e delle pressioni di Murray. Secondo questa impostazione teorica i bisogni organizzerebbero la percezione, il pensiero e l'azione e attivano i comportamenti per la loro realizzazione; mentre le pressioni farebbero riferimento agli eventi esterni/ambientali che influenzano la persona. Il test si compone di 30 tavole in bianco e nero, con all'interno rappresentazioni di personaggi che interagiscono fra di loro (uno, due, tre o più) o di paesaggi. Alcune tavole vengono somministrate a tutti i pazienti, altre si somministrano specificamente a seconda dell'età e del sesso. Nella consegna si chiede al soggetto di descrivere la storia rappresentata nella tavola, di indicare quali emozioni stiano provando le persone raffigurate, quali pensieri albergano nella loro mente, cosa è successo loro nel passato e cosa avverrà nel futuro. In tal modo il paziente proietta se stesso nella situazione/storia rappresentata, identificandosi coi personaggi raffigurati. Il paziente allora attribuisce ai personaggi protagonisti delle storie sentimenti e bisogni che fanno parte del suo vissuto e del suo mondo interno. La valutazione delle risposte del T.A.T. avviene attraverso una griglia, chiamata scheda di spoglio, in cui si valutano le storie prodotte in 5 assi, ognuno dei quali si compone di un elenco di possibili modalità che il paziente può avere utilizzato nel descrivere la storia. In particolare, l'asse A riguarda la rigidità del racconto, l'asse

B la labilità del racconto, l'asse C l'inibizione (specificando se di tipo maniacale, narcisistico, fobico), l'asse D rileva il comportamento del paziente durante lo svolgimento del test, l'asse E rileva l'emergere del processo primario (Picone et al., 2013).



LIMITI DEL T.A.T.

Come per il Rorschach serve una formazione di training ad hoc per utilizzarlo, e molta pratica. La somministrazione e l'inchiesta richiedono molto tempo. La siglatura e l'interpretazione sono molto complessi. L'interpretazione della personalità che ci fornisce il T.A.T. da sola non è idonea a formulare una diagnosi, utile però come strumento da integrare ad altri strumenti diagnostici. Inoltre sono state mosse critiche al T.A.T. rispetto alla sensibilità culturale dei contenuti dello strumento (Lingiardi & McWilliams, 2017).

CAPITOLO 4: CRITICHE E LIMITI DELLA PSICOANALISI

La tabella sottostante descrive i principali limiti e critiche che ha ricevuto la psicoanalisi.

Ontologizzazione delle metafore	Per Benasayag (2016) lo stesso Freud si era affrettato a credere all'esistenza (peraltro indimostrabile) di quelle cause che lui stesso aveva identificato come determinanti dei fenomeni psichici. Talvolta in psicoanalisi non ci si attiene alla dimensione ipotetica dell'inconscio e all'idea che tutto "sta accadendo come se i nostri atti rimandassero a cause psichiche inconscie". Per esempio lo psicoanalista allora non dice "tutto avviene come se delle pulsioni rimosse riemergessero nei sintomi", ma dice "delle pulsioni rimosse riemergono nei sintomi" (Benasayag, 2016), abdicando alla natura metaforica dei costrutti metapsicologici.
Riduzionismo ed edipizzazione estrema	Si intende la tendenza di ricondurre tutto ciò che ci circonda alla dimensione dell'individuo e della vita personale. Tutto l'universo intero converge nel piccolo Io del paziente e qualsiasi cosa rimanda alla vita personale del singolo. Per Benasayag (2016) l'apice massimo del riduzionismo psicoanalitico è l'edipizzazione, come tendenza ricondurre la complessità del mondo alle stesse cause -> per cui ogni conflitto, ogni desiderio, ogni criticità dell'individuo viene deterministicamente attribuita al non superamento del complesso edipico (in un assetto in cui qualsiasi cosa si trasforma in metafora di madre e padre). Anche la pretesa di universalizzare tale fenomeno a tutta l'umanità, in quanto indimostrabile, si configura come scelta arbitraria che finisce solamente per ridurre la complessità dei fenomeni sempre alle stesse cause (talvolta cadendo nel ridicolo) (Benasayag, 2016). Un altro esempio di dogma azzardato sarebbe quello per cui, per tutta l'umanità, tutti i sogni soddisferebbero sempre i desideri (Grünbaum & Trovato, 1998). L'accusa di riduzionismo è stata mossa anche al PDM-2 in quanto strumento che, secondo i suoi detrattori, categorizzando il paziente, finirebbe per inaridire e semplificare l'esperienza

	umana (a fronte di un'illimitata e unica complessità che contraddistingue ogni essere umano) (Lingiardi & Muzi, 2018).
Impotenza e dipendenza del paziente	Alcune ritualità della psicoanalisi come il non salutare il paziente e lo stare sempre zitti in seduta (come sfingi silenziose) si configurano come pratiche che consentono di canalizzare nel paziente il bisogno di obbedienza al clinico. Tale obbedienza invece di consentire al paziente la sua potenza di agire, alimenterebbe la sua impotenza e dipendenza verso lo psicoanalista (Benasayag, 2016).
Essere indietro con le richieste del paziente degli anni 2020	Per Benasayag (2016) la psicoanalisi non è adatta a pazienti (sempre più frequenti) che chiedono di essere performanti o di realizzare un obiettivo in tempi “non biblici” e a costi “non esorbitanti”. Durante la seduta il paziente avrà unicamente di mira l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi che si è prefissato e quindi potrebbe configurare come una perdita di tempo il porli in dubbio rispetto a forze inconsce che causano il desiderio di realizzare tale obiettivo (forze inconsce che non si possono conoscere fuori da un percorso psicoanalitico).
Analisi terminabile e interminabile	L'indicazione per il termine del trattamento psicoanalitico è il constatare se il paziente ha raggiunto il suo migliore equilibrio in relazione a quello di partenza. Tale obiettivo non può essere temporizzabile in quanto, in psicoanalisi la guarigione è un'esperienza psichica; non è qualcosa di astratto che corrisponde al raggiungimento di certi obiettivi. Freud, nel saggio “Analisi terminabile e interminabile”, ribadisce che il percorso terapeutico analitico è posto davanti a un dilemma: il fatto che possiamo svelare la presenza di certi conflitti, ma che sono però ineliminabili. A seguito di tale scritto Freud è stato talvolta accusato di nihilismo terapeutico: ossia l'accusa di annullare la richiesta fondamentale dei pazienti di poter aspirare ad un'esperienza di guarigione (lezioni Lauro Grotto, 2017).

BIBLIOGRAFIA DELLE LEZIONI

Lezioni tenute dalla prof.ssa Rosapia Lauro Grotto (2017) al corso triennale di Psicologia dinamica, Università degli Studi di Firenze.

Lezioni tenute dal prof. Enrico Mangini (2021) al corso magistrale di Modelli teorici di clinica psicoanalitica dell'età evolutiva e dell'età adulta, Università degli Studi di Padova.

Lezioni tenute dalla prof.ssa Cristina Marogna (2022) al corso magistrale di Teoria e tecnica del colloquio ad orientamento psicoanalitico, Università degli Studi di Padova.

Seminari tenuti dal prof. Sebastiano Tilli (2023) presso l'Istituto di ricerca in psicoanalisi Gradiva di Firenze.

BIBLIOGRAFIA DEI TESTI

Aite, P. (2002). *Paesaggi della psiche: il gioco della sabbia nell'analisi junghiana*. Bollati Boringhieri Editore.

Albarella, C., & Donadio, M. (1986). *Il controtransfert. Saggi psicoanalitici*. Liguori Editore.

Anzieu, D. (1965). *I metodi proiettivi*. Società Editrice Internazionale.

Arena, A. (2020). *Mimmo Cuticchio: la parola, il significante e il significato*. Treccani Magazine. https://www.treccani.it/magazine/lingua_italiana/articoli/percorsi/percorsi_238.html - consultato il 02/02/2026.

Benasayag, M. (2016). *Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*. Editore Feltrinelli.

Bolognini, S. (2000). *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis Editore.

Braggio, B. R., & Chiesa, F. (2000). *Tecniche complementari psicosomatiche*. Le medicine complementari, 161.

Castellazzi, V. L. (2000). *Introduzione alle tecniche proiettive*. LAS-Libreria Ateneo Salesiano.

- Concato, G., & Innocenti, F. B. (2010). *Manuale di psicologia dinamica*. Edizioni psiconline.
- Detcheva, A., Sommantico, M., & Stanziano, G. (2020). *Il corpo tra metapsicologia e mentalizzazione. Linee di ricerca in psicoanalisi, dopo Freud*. Funzione Gamma, 47, 1-37.
- Di Nuovo, S., & Cuffaro, M. (2004). *Il Rorschach in pratica. Strumento per la psicologia clinica e l'ambito giuridico*. Franco Angeli Editore.
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione: genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Raffaello Cortina Editore.
- Frank, L. K. (1939). *Projective methods for the study of personality*. The Journal of psychology, 8(2), 389-413.
- Freud, S. (1897). *Minute teoriche a Fliess*.
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*.
- Freud, S. (1919). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*.
- Freud, S. (1924). *Osservazioni sull'amore di traslazione*.
- Freud, S. (1925). *Alcune aggiunte d'insieme all'Interpretazione dei sogni*.
- Gabbard, G. O. (2005). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Giaconia, G., & Racalbuto, A. (1997). *Il circolo vizioso trauma-fantasma-trauma*. Rivista Psicoanalitica, 43(4), 541-558.
- Grünbaum, A., & Trovato, R. (1998). *Un secolo di psicoanalisi. Bilancio e prospettive*. KOS, 152, 26-31.
- Jung, C. G. (1928). *Energetica psichica*.

Jung, C. G. (1934). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*.

Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Editori Laterza.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Manuale diagnostico psicodinamico – seconda edizione (PDM-2)*. Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025). *The Psychodynamic Diagnostic Manual, (PDM-3)*. World Psychiatry, 24(3), 442.

Lingiardi, V., & Muzi, L. (2018). *Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): un'occasione di dialogo interdisciplinare*. Giornale italiano di psicologia, 45(4), 781-804.

Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. Edizioni Universitarie LED.

Mangini, E. (2003). *Lezioni sul pensiero post-freudiano. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento*. Edizioni Universitarie LED.

Mangini, E. (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica. Pulsione, immagine, parola poetica*. Raffaello Cortina Editore.

McDougall, J. (1990). *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Raffaello Cortina Editore.

McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio Editore.

Minolli, M. (1997). *Cambiamento sintomale e cambiamento strutturale*. Ricerca Psicoanalitica, 8(2), 119-142.

Muzi, L. (2016). *La psicoanalisi è efficace? Una rassegna della letteratura empirica*. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, 13.

Ogden, T. H. (1982). *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio Editore.

Pacente, F., & Grattagliano, I. (2007). *Il reattivo di Rorschach secondo l'Exner Comprehensive System in ambito medico legale e psichiatrico-forense*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, (3), 169-197.

Parisi, S. (anno di pubblicazione non indicato). *Il test di Hermann Rorschach*.

Picone, L., Pezzuti, L., & Ribaudo, F. (2013). *Teorie e Tecniche dei Test. Uso ed interpretazione*. Carocci Editore.

Racker, H. (1957). *The meanings and uses of countertransference*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-357.

Semi, A. A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina Editore.

Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Raffaello Cortina Editore.

Sergiampietri, D. (anno di pubblicazione non indicato). *La Terapia del Gioco della Sabbia: dal contributo pionieristico di Dora Kalff alle nuove riflessioni sulla relazione analitica*. Psicoanalisi neofreudiana.

Stirati, C. (2022). *Carl Gustav Jung. Introduzione al pensiero junghiano*.