

LA DIAGNOSI PSICOANALITICA

Michele Stuflesser

Sono stato chiamato a parlarvi oggi della diagnosi psicoanalitica. Non vi nascondo lo stupore ed una certa apprensione per questa richiesta da parte del nostro Segretario Nazionale M. Vigneri, avendola rivolta proprio a me che per 42 anni ho esercitato la professione di psichiatra oltre che di psicoanalista.

Devo dire che gli psicoanalisti non amano la parola diagnosi. Troppo legata ad un modello medico - psichiatrico e poi è proprio necessario fare diagnosi? La SPI si è occupata a varie riprese di questo tema anche invitando nomi illustri come la Mc. Williams e Lingiardi curatori tra l'altro della II° versione del MDP, Rossi Monti, Nicasi ed altri.

La diagnosi in Psichiatria e penso ad es. alla recente pubblicazione del DSM-5 ed alle aspre polemiche che ne sono seguite, ha portato in realtà ad una moltiplicazione delle diagnosi, ad una medicalizzazione della popolazione (viene in mente qui l'aforisma di Huxley: "La medicina ha fatto così tanti progressi che ormai più nessuno è sano..."), portando con sé l'idea di un'etichetta, di un riduzionismo freddo che ha fatto molti danni; si pensi ad es. come in psichiatria spesso la diagnosi equivalga alla pietrificazione di un destino. Ma allora serve la diagnosi in psicoanalisi? Quale il suo ruolo? E' proprio un'esercitazione arida e semmai andrebbe fatta all'inizio o alla fine del percorso analitico? In questo secondo caso come espressione del suo buon esito e della qualità del lavoro diagnostico e terapeutico, rendendo ragione dell'intuizione iniziale dell'analista che ha superato come direbbe Freud: "la prova della strega: far bollire il paziente nella terapia ed assaggiarne il brodo alla fine per valutare se la diagnosi e la prognosi erano indovinate." (Freud, 1932, 259-260). E' di questo che vi parlerò oggi: della diagnosi-valutazione psicoanalitica come "buon Incontro" in cui attivare da parte del clinico un "terzo orecchio, "Ricordo che l'etimologia della parola diagnosi: dia-gnosis significa conoscere attraverso ed insieme.

Come dice Bion, l'incontro tra l'analista e la persona che si rivolge a lui crea come una turbolenza emotiva, qualcosa che modifica la relazione tra le due persone, sia che tacciano o che parlino. Non si sa immediatamente in cosa consiste questa turbolenza emotiva, a il problema è come trarne il meglio. (Bion 1979). Questo accade in ogni incontro umano, ma in quello psicoanalitico c'è qualcosa di più, perché spesso la comprensione dell'analista è sentita in modo minaccioso dall'individuo e di conseguenza nell'incontro "si mette in moto una doppia attività: da una parte la Verità da rivelare e dall'altra l'urgenza di coprire"(Symington 1986). Perché una persona giunga a chiedere aiuto, è tuttavia necessario che la conoscenza sia desiderata più di quanto non sia sentita come minacciosa. In questo senso il primo incontro, con le caratteristiche che poi vedremo, è importante perché può favorire o scoraggiare la decisione di intraprendere un trattamento psicoanalitico. Una persona, qualunque sia la sua età, si rivolge a noi perché sente che qualcosa le causa sofferenza, che si può presentare sotto forma di sintomo specifico oppure di un generale stato di difficoltà a vivere o di uno sconvolgimento emotivo-affettivo in seguito ad un evento traumatico o più semplicemente perché sente il desiderio di migliorare la qualità della propria vita o dei propri familiari. Nella maggior parte dei casi non sa di cosa ha bisogno ed ha idee confuse su cosa può venirle offerto.

Uno degli obiettivi della diagnosi è quindi quello di esplorare se un trattamento analitico può essere utile per realizzare un cambiamento dello stato di sofferenza della persona. Valutare un disturbo emotivo e la disponibilità della persona o del nucleo familiare ad intraprendere una terapia

psicoanalitica, non è qualcosa di astratto, ma una modalità esplorativa attenta e complessa in relazione ai bisogni ed alle situazioni specifiche che si attua anche attraverso l'individuazione del transfert ed il controtransfert dell'analista.

BREVE PREMESSE STORICHE – Transfert e Controtransfert

Per Freud lo scopo del trattamento analitico è quello di “ripristinare il ricordo” perché i sintomi e le inibizioni rappresentano per lui il sostituto di ciò che abbiamo dimenticato (1937 -p542). I pazienti sono persone che soffrono di ricordi ed il transfert appare come una rievocazione del passato piuttosto che l'espressione di affetti vivi nell'immediatezza del presente. In particolare Freud continuò a considerare i conflitti che si manifestano nel transfert come qualcosa di artificioso a cui manca il carattere di realtà (Freud 1937 p.515). E' attraverso il lavoro clinico che Freud come nel caso di Dora modifica il suo parere e raccomanda all'analista di permettere lo sviluppo del transfert all'inizio dell'analisi (Freud 1913,p.352) e dedica ampio spazio a questo tema (1915-17,lezioni 27-28). Giungerà a dire che “sebbene nella sua forma positiva e negativa il transfert si pone al servizio della resistenza, si trasforma nelle mani dell'analista nel più potente ausilio del trattamento (Freud(1922,p.450). Anche il controtransfert viene considerato inizialmente come un impedimento e successivamente, nella sua forma positiva, uno strumento importante per l'analista (1912,p.536;1914). Nell'Uomo dei Topi Freud scrive che le prime comunicazioni del paziente vanno prese molto sul serio, ma nonostante questa percezione, non considera nel transfert i sentimenti di sfiducia e delusione espressi dal paziente nel primo incontro riferendosi ad un amico, ma che esprimevano anche il suo timore di intraprendere un'analisi con lui(1909,p.11 nota 2).La visione di Freud del Transfert pare essere legata al modello teorico ricostruttivo: il compito principale dell'analisi consiste nel ri-costruire la storia della nevrosi infantile del paziente. (E.Quagliata1994,p.11).Un tale modello “archeologico” lo costringeva a considerare i pazienti come persone che soffrivano di ricordi ed il transfert come una rievocazione del passato anziché l'espressione di elementi vivi e vitali nel hic et nunc. La sua predilezione per il modello archeologico forse aveva l'effetto di attenuare come dice Meltzer, la violenza e la passione della situazione transferale (Meltzer 1978-p113).

Tornando al tema della Diagnosi psicoanalitica possiamo dire con L. Sarno e Carretti (1994,7) che essa è il processo di raccolta e di organizzazione delle informazioni sul paziente col fine di raggiungere una migliore comprensione della persona, un processo che nella mente del clinico rimane indispensabile per poter assumere decisioni terapeutiche.

Quindi parliamo di **processo-persona-decisioni**.La diagnosi ha carattere e andamento **processuale** nel senso che sulla base di un'impressione iniziale, basata su una sorta di istantanea percettiva come direbbero i fenomenologi, si va costruendo, modificando ed affinando nel tempo e nella relazione col paziente; assomiglia più ad un filmato che a una fotografia come afferma Rossi Monti.

La diagnosi cerca di raggiungere **la persona** (S. Nicasi,2016) del paziente, proprio quello specifico paziente. Un manuale Diagnostico come ad es. il PDM è come un guardaroba nel quale il clinico va a pescare l'abito-la diagnosi-che sulle prime gli pare adatto per il paziente, ma nel corso del tempo, della reciproca conoscenza e delle “prove, “l'abito pret à porter dovrebbe diventare una creazione sartoriale, tagliato sul paziente, nel tessuto e nelle rifiniture che meglio gli si addicono. Uno dei principali problemi del clinico nel formulare la diagnosi è che il cliente/paziente non sta fermo mentre gli si prendono le misure e vuole dire la sua. La diagnosi non dovrebbe mai diventare un vestito “finito” per quel sarto che è il clinico, ma è bene che conservi un carattere di provvisorietà, una disponibilità a farsi riaggiustare.

La diagnosi permette di prendere delle **decisioni** su come trattare il paziente, decisioni grandi e piccole alle quali il paziente risponderà e nel rispondere orienterà la diagnosi e le conseguenti

mosse terapeutiche (ad es. inizio trattamento e argomenti da trattare, stile relazionale da adottare, numero sedute, vis a vis o lettino, toni degli interventi etc.).

La parola diagnosi da un lato rappresenta un nome o un atto di denotazione, dall'altra rimanda a un verbo e ad una procedura: il diagnosticare(diagnosing),in analogia con come Winnocott chiamava il gioco del bambino, non play bensì playing, per sottolineare una funzione che si dispiega nel tempo.

Il diagnosticare è un processo dinamico che si intreccia con quello terapeutico e ne orienta lo sviluppo. La funzione del diagnosticare si ottiene ricorrendo ad una modalità oscillatoria della mente che consenta di mantenere una visione "strabica", la quale, contrariamente alla visione binoculare di Bion, mentre da un lato consente di mettere a fuoco un particolare e si colgono alcuni aspetti dell'oggetto, dall'altro ne lascia sfuocati altri, in un processo continuo di aggiustamenti ed accomodamenti visivi e psichici. L'uso evolutivo e dinamico del diagnosticare contribuisce ad intercettare i cambiamenti del paziente durante la cura e a mantenere viva quella tensione tormentosa (K. Jasper 1913)del clinico rispetto alla diagnosi che evita di trasformarla in un'entità fissa, nella pietrificazione di un destino. Il diagnosticare si accompagna alla capacità del clinico di sapersi stupire, meravigliare di fronte ai fenomeni che sperimenta con il paziente e con sé stesso, mantenendola viva e vitale. La diagnosi funziona allora come un volano capace di rilanciare la spinta a comprendere meglio e di più e a fare di questa comprensione un momento cruciale nella costruzione della relazione analitica.

PDM -SWAP 200

Usare bene la diagnosi quindi da parte del clinico consente di indirizzare anche il trattamento.

E' importante tenere conto della personalità di base del paziente insieme alla consapevolezza del limite della valutazione diagnostica nel delineare la ricchezza della soggettività umana.In questo senso anche il processo diagnostico presuppone un'alleanza con il paziente ed appare al servizio del trattamento analitico; essenziale risulta allora poter inquadrare un disturbo **nel ciclo vitale** del paziente, calandolo nella sua personalità ed individuando parallelamente le risorse e potenzialità sane che costituiscono gli elementi basilari per una buona alleanza terapeutica ed un buon esito del trattamento analitico. Anche la soggettività del sintomo diventa un parametro diagnostico importante, così come l'esperienza relazionale dell'incontro e l'uso dei propri sentimenti controtransferali sia di quelli "soggettivi"(relativi alla relazione clinica con il paziente) sia quelli "oggettivi"(legati alla specifica psicopatologia).

PDM-2

Il **PDM-2** si presenta come una tassonomia di persone, mentre il **DSM-5** come una tassonomia di patologie o di disturbi psichici. Il **PDM-2** rappresenta il tentativo di individuare una nosografia psicodinamica in accordo con le esigenze di rigore metodologico. Si propone di organizzare le ipotesi nate dalla pratica della psicoanalisi clinica e le suggestioni della diagnostica tradizionale in un sistema coerente e relativamente integrato che possa essere impiegato per la diagnosi clinica. Approfondisce sia il vissuto soggettivo dei sintomi da parte del paziente, sia le risposte emotive del clinico che tendono a manifestarsi più frequentemente nel corso del trattamento con le diverse tipologie di disturbi. Il tutto alla luce di quelle caratteristiche dimensionali-inferenziali-contestuali e biopsicosociali proprie dell' approccio psicoanalitico e umanistico. E' suddiviso per fasce di età tra cui gli anziani oltre ai bambini, adolescenti ed adulti ed integra ricerca e pratica clinica in un confronto tra sistemi diagnostici, tra PDM, DSM e ICD.

La SWAP (Sheddler Westen Assesment Procedure) rappresenta un sistema attendibile di aggregazione dei dati basato sulla condizione globale del paziente-sulla case formulation-la psicopatologia e le risorse a disposizione-le sottotipizzazioni (NPD,EDs...)-la ricerca in

psicoterapia (processo, outcome, follow up)-i contesti forensi, le supervisioni-il tenere il paziente nella mente.

LA SWAP ed il PDM possono costituire dei compagni di viaggio in grado di dare un senso alla diagnosi e dunque alla nostra sensibilità clinica. Restituiscono il tormento, ma anche la sfida ed il piacere conoscitivo e relazionale del processo diagnostico. Essi vanno di certo sottratti alla compilazione burocratica e riconsegnati al clinico ed alla sua identità.

ALCUNI ELEMENTI CENTRALI DELLA DIAGNOSI DI INTERESSE CLINICO

In contrapposizione con il DSM-5 psichiatrico, nel considerare l'aspetto psicosociale della diagnosi, si possono individuare, secondo Mc Williams (2012), alcuni assunti correlati.

Dimensionalità: vi è come un continuum che va dalle forme di funzionamento psichico più sane a quelle più disturbate; siamo tutti molto più simili, "più semplicemente umani" che diversi tra noi, siamo tutti vulnerabili alla sofferenza mentale e differiamo dalle persone che consideriamo seriamente disturbate solo per il grado e non per la qualità del disturbo. Tutti possiamo subire dei traumi, essere feriti, soggetti alle fluttuazioni di eventi chimici multideterminati a livello cerebrale; tutti dipendiamo dalla corteccia prefrontale per le nostre funzioni esecutive.

L'inferenza è quel processo che permette di cogliere il significato della sofferenza psicologica. Qual'è per es. il significato dell'angoscia di una persona che si esprime in quel momento ed in quella forma? L'inferenza richiede una conoscenza clinico-teorica di base acquisita nel proprio percorso di training, ma anche uno sguardo empatico, grazie al quale l'analista con il suo paziente inizia a sentire qualcosa del suo dolore. L'analista farà ricorso al proprio controtransfert, all'ascolto empatico interiore con il cosiddetto "terzo orecchio" (Reik 1948). Potrà associare la situazione presente a situazioni in cui egli stesso ha sofferto in modo simile a ciò che lamenta il paziente e pensare a ciò che le sue associazioni implicano. L'analista è interessato al significato delle esperienze personali che vengono alla mente in quel contesto clinico così come al significato dei casi in cui non individua memorie, immagini, sentimenti che possano gettare luce sulla natura della sofferenza del paziente. Alle volte specie nelle prime fasi di sviluppo della relazione, è più importante considerare le implicazioni emotive relative all'età di una persona, alla razza, all'etnia, al contesto sociale, alle malattie fisiche, agli atteggiamenti politici o all'orientamento sessuale, che non trovare l'esatta categoria diagnostica in cui inserirla.

Il Contesto comporta il guardare i problemi del singolo all'interno di una matrice più ampia rispetto all'individualità. Ad es. quali sono le pressioni attuali cui è sottoposto il paziente? Come interagiscono con le modalità con cui questa persona ha appreso a mantenere e regolare la propria auto-stima? Quali forze culturali e sub-culturali hanno formato la sua esperienza? Quali convinzioni religiose, filosofiche o patriottiche giocano un ruolo nel paziente? Quali sfide evolutive e di cambiamento sta affrontando? In che modo l'incontro con un professionista, che è un estraneo, influenza la sua capacità di esprimersi?

Integrazione: rappresenta l'assunto in base per il quale esiste una sorta di coesione, di continuità ed interazione tra gli elementi a prima vista disparati che il paziente espone. E' importante sapere ascoltare con molta pazienza ciò che spesso i pazienti ci dicono solo di sfuggita. Così in una donna depressa gli affetti, i tratti di personalità che presenta e l'uso di sostanze sono strettamente connessi. I suoi incubi non sono estranei ai sentimenti diurni di vuoto e paura. I suoi problemi nelle relazioni intime non sono indipendenti dalla storia delle sue relazioni infantili (di attaccamento) e dalle esperienze primarie. Il tono emotivo con cui partecipa al colloquio di valutazione non è diverso dai sentimenti che caratterizzano i suoi rapporti in genere. Un analista esperto usa una "soggettività disciplinata" (McWilliams, 2017) e non semplicemente procedure obiettive o liste precompilate ed

interviste strutturate per comprendere la complessità emotiva dei pazienti che si rivolgono a noi raccontando la propria storia nella loro unicità.

Tornando al tema del transfert e controtransfert, essi fanno parte dei pilastri che utilizziamo nella valutazione psicoanalitica. E' importante che l'analista colga le modalità con cui viene vissuto dal paziente, l'identificazione proiettiva con cui si declina la relazione, la comunicazione verbale e non verbale che si stabilisce nella coppia. Quando per es. il paziente appare orientato ad un linguaggio concreto, ad una comunicazione in cui emergono prevalentemente elementi somatici ed affettivo-sensoriali o enactments, l'incontro dell'analista con il suo paziente può divenire particolarmente difficoltoso.

Sono momenti in cui viene messa alla prova la capacità di pensiero dell'analista, la possibilità di rendere rappresentabile le comunicazioni del paziente che spesso proprio per le esperienze traumatiche subite, tende ad evitare in ogni modo il contatto psichico con ciò che lo ha traumatizzato.

L'esplorazione dello stato mentale dell'analista indotto in parte dall'identificazione proiettiva del paziente, ma anche le risposte inconsce personali dell'analista che interferiscono nella sua comprensione (Money-Kyrle 1956; Bion 1961), consentono l'accesso all'attualità delle emozioni ed il loro uso differenzia questo modello di valutazione psicoanalitica da altri più esclusivamente basati sulla ricerca dei fatti e su una comprensione intellettuale.

L'analista per Bion, attraverso la propria *réverie*, dovrà cercare di sviluppare la capacità di risonanza con ciò che proietta il paziente (Bion 1962 a e b), fare posto al suo dolore mentale restituendolo in una forma più digeribile, facendo attenzione alla giusta modulazione dei suoi interventi (interpretazione) (Bion, 1972, Meltzer 1976). Inoltre, anche la *capacità negativa* (Keats, 1817), cioè la capacità di permanere nell'incertezza, nel mistero, nel dubbio senza inseguire affannosamente i fatti e la ragione, è considerata da Bion una qualità essenziale per l'analista. Si pensi agli eventi imprevisi cui soggiacciono talvolta i pazienti più gravi (Borderline-Psicotici), con turbolenze emotive che possono minacciare la continuità della relazione terapeutica attraverso l'inaccessibilità, interruzioni, attacchi. Quindi riuscire a tollerare il dubbio, modulare i propri interventi, capire dove si trova il paziente in quel momento ed entrare in contatto con le sue emozioni sono importanti nella diagnosi psicoanalitica. Un buon incontro potrà permettere al paziente di riformulare la sua richiesta di aiuto anche in un futuro e potrà comunque offrirci nuove prospettive; un cattivo incontro produrrà invece un sentimento di sfiducia e impedirà ogni possibile cambiamento.

La diagnosi psicoanalitica è un processo di conoscenza che mira ad approfondire la soggettività dell'individuo, attraverso il modo singolare e specifico in cui il soggetto esprime, tratta e abita la patologia, dandoci la possibilità di riconoscere e dare un senso alla sofferenza di quello specifico soggetto. E' una concezione non statica che si basa su una matrice relazionale che vede giocare un ruolo importante anche alla soggettività dell'analista ed il paziente non appare come un individuo vittima passiva degli eventi interni-esterni della propria vita, ma come un produttore attivo di significati. Essi rappresentano il suo contributo all'affinamento del processo diagnostico e delle strategie di intervento. Il paziente infatti non arriva quasi mai all'analisi digiuno di sé stesso: si è fatto delle opinioni, ha formulato ipotesi, ha tentato di curarsi da solo, sa giudicare se un rimedio può essere efficace per lui oppure no. Nel concentrare l'attenzione dell'analista sul mondo interno del paziente, la valutazione psicoanalitica non è solo come dice Freud (Freud 1920, p 146) "un modo di comprendere tutte le operazioni preliminari per prendere il proprio posto in carrozza, "ma può essere vista come una **mappa o una bussola** da consultare quando si deve iniziare un viaggio per orientarsi e tracciare una rotta. Ma una bussola alla quale è opportuno fare ricorso più volte nel corso del viaggio per monitorare il percorso. Una mappa, come una carta nautica, disponibile comunque anche se saranno sempre necessarie le previsioni metereologiche per effettuare la

navigazione in relativa sicurezza. Le previsioni(a breve termine)saranno disponibili prima e durante la navigazione; c'è infatti bisogno di vivere il momento, la fase del processo terapeutico, per immaginare che cosa potrà avvenire di seduta in seduta. Una mappa non corrisponde alla navigazione vera e propria, non ci dice con certezza che cosa accadrà manovra per manovra, ma sta lì, pronta per essere consultata ed eventualmente corretta o ulteriormente arricchita se necessario, e serve per orientarsi nella comprensione e nelle scelte terapeutiche.

PROCESSI DIFENSIVI PRIMARI E SECONDARI

Nella valutazione psicoanalitica può essere importante cogliere la configurazione difensiva prevalente messa in campo dal paziente. Dal mio punto di vista, tenuto conto dei contributi dei manuali della Mc. Williams, Lingiardi, di Rossi Monti, Nicasi, Bastianini, Izzo, Nicolò ed altri, ritengo che il corredo sintomatologico espresso dal paziente, nel senso della modalità particolare della sua sofferenza insieme alle risorse disponibili(in modo da alleviare la prima e costruire sulle seconde), il transfert-controtransfert e le difese più massicciamente utilizzate dal paziente, possano contribuire ad aiutare il terapeuta nella formulazione della diagnosi psicoanalitica.

Esiste un certo accordo tra gli psicoanalisti che alcune difese siano evolutivamente meno mature di altre. Per es. alcuni autori sostengono che il diniego sia molto precoce, la proiezione si sviluppa successivamente e l'identificazione ancora più tardi. In generale le difese che vengono considerate primarie-immature-primitive sono quelle che riguardano il confine tra il Sé ed il mondo esterno che non viene riconosciuto. Mentre quelle che sono considerate secondarie-più mature-evolute hanno a che vedere con i confini interni, tra l'Io ed il Super-io e l'Es, o tra la parte dell'Io che vive l'esperienza e quella capace di osservare. Le difese primitive operano in modo globale ed indifferenziato in tutta la dimensione sensoriale della persona, fondendo dimensioni affettive, cognitive, comportamentali, mentre quelle più evolute operano trasformazioni specifiche del pensiero, del sentimento, della sensazione, del comportamento o di una loro qualche combinazione. Tra le **difese primitive** vi è:il ritiro, il diniego, il controllo onnipotente, l'idealizzazione e la svalutazione primitiva, l'identificazione proiettiva, la scissione, ma anche la somatizzazione, l'acting out, la sessualizzazione o erotizzazione e la dissociazione estrema.(Mc.Williams,2012) . Tra le **difese secondarie**: la rimozione, la regressione, l'isolamento dell'affetto, la razionalizzazione, la moralizzazione, l'annullamento, il volgersi contro di Sé, lo spostamento, la formazione reattiva, il capovolgimento la sublimazione, l'umorismo. Ne citerò alcune a titolo di esempio.

Il Diniego: Un modo precoce in cui il bambino affronta le esperienze spiacevoli è rifiutare di accettare che accadono. Il diniego opera in ciascuno di noi in modo automatico come prima reazione a qualunque avvenimento catastrofico(dolore intenso-morte).Molti di noi utilizzano il diniego occasionalmente, per rendere la vita meno sgradevole e molti lo usano con frequenza di fronte a specifiche tensioni; quando qualcuno viene ferito nei propri sentimenti, è molto più facile denegare i sentimenti feriti che non riconoscerli pienamente.

Aspetti francamente patologici di diniego possono essere ad es. il rifiuto a sottoporsi ad esami medici perché così si ritiene “magicamente” di evitare le malattie, coniugi che negano la pericolosità di un partner violento, l'alcoolista che insiste di non avere alcun problema col bere, madri che ignorano le molestie sessuali subite dalle figlie, anziani che ritengono di poter continuare a guidare la macchina nonostante le loro evidenti difficoltà. L'esempio psicopatologico più evidente di uso del diniego è la maniacalità o ipo-maniacalità.

L'Identificazione Proiettiva è stata descritta da M. Klein come processo difensivo massiccio che trovò in tutti i pazienti più disturbati. Il paziente proietta oggetti interni ed ottiene che la persona su cui sono proiettati si comporti come quegli oggetti, come se la persona bersaglio avesse gli stessi

introietti. In altre parole il paziente non si limita a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle sue passate relazioni oggettuali, bensì in aggiunta il terapeuta è anche fatto oggetto di pressioni intese a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasia inconscia del paziente.

Secondo la Mc. Williams(1912) proiezione ed introiezione hanno entrambe un continuum di forme da quelle più primitive a quelle più evolute (Kernberg,1976) ed all'estremità primitiva i due processi si fondano a causa dell'analoga confusione tra interno ed esterno. Tale fusione è ciò che chiamiamo identificazione proiettiva.

Spesso questa difesa contribuisce a minacciare la fiducia del terapeuta nella propria salute mentale ed è legata al fatto che l'identificazione proiettiva come la scissione, può avere a che fare con l'organizzazione borderline di personalità.

La Scissione dell'Io: Il meccanismo della scissione può essere molto efficace per ridurre l'angoscia ed il mantenimento dell'equilibrio psichico. Dal punto di vista clinico la scissione è evidente quando esprime un atteggiamento non ambivalente e considera totalmente irrilevante l'atteggiamento opposto. Ad esempio una donna Borderline percepisce il proprio terapeuta come totalmente buono, mentre considera coloro che lavorano nello stesso ambito come stupidi burocrati, ostili ed indifferenti. Oppure il terapeuta medesimo può diventare improvvisamente bersaglio di una rabbia furiosa nel momento in cui il paziente lo vede come una personificazione del male, dell'indifferenza e dell'incompetenza, mentre soltanto la settimana prima lo considerava infallibile. Controtransferalmente ci si può sentire logorati da un paziente che usa abitualmente questo tipo di modalità di organizzazione dell'esperienza.

PROCESSI DIFENSIVI SECONDARI

L'isolamento dell'affetto: le persone possono maneggiare l'ansia o altri stati mentali dolorosi, isolando il sentimento dalla conoscenza. L'isolamento dell'affetto può avere un importante valore: i chirurghi per es. non potrebbero lavorare efficacemente se fossero costantemente sintonizzati sulla sofferenza fisica dei pazienti o sulla propria reazione di disagio o repulsione nell'affondare il bisturi nella carne di qualcuno. I generali non potrebbero pianificare strategia di una battaglia se fossero continuamente in contatto con gli orrori della guerra.

Lo stile educativo insieme ad un determinato temperamento del bambino, possono trasformare l'isolamento in una difesa centrale anche in assenza di traumi oggettivi. Tutti noi conosciamo persone che dichiarano di non avere nessuna risposta emotiva rispetto ad esperienze per le quali generalmente tutti gli altri provano sentimenti intensi.

Molti psicoanalisti considerano l'isolamento affettivo come un particolare sottotipo di dissociazione. Per altri l'isolamento rappresenta la più primitiva delle difese intellettuali come appunto l'intellettualizzazione, la razionalizzazione, la moralizzazione.

Esse hanno in comune il fatto di relegare nell'inconscio le implicazioni personali e viscerali di una qualche situazione, idea o evento. Quando l'isolamento rappresenta la difesa primaria ed il modello di vita riflette la sopravvalutazione del pensiero e la sottovalutazione del sentimento, la struttura di personalità è quella ossessiva.

Lo spostamento: il termine "spostamento" si riferisce al fatto che una pulsione, emozione, preoccupazione o comportamento, venga diretto dal suo oggetto iniziale o naturale verso un altro, poiché la direzione originaria per qualche ragione provoca ansia. Un esempio può essere la vignetta dell'uomo maltrattato dal principale, che torna a casa e inveisce contro la moglie, che a sua volta se la prende con i ragazzi che prendono a calci il cane. Anche il desiderio sessuale può essere spostato; i feticci sessuali sono spiegabili nei termini di un ri-orientamento dell'interesse erotico dai genitali di un essere umano, a qualche area inconsciamente collegata, come i piedi o le scarpe. Al paziente di Freud famoso come "l'uomo dei lupi" negli ultimi anni quando era in analisi con Ruth Mack Brunswick, la morbosa preoccupazione relativa al proprio naso, venne interpretata come

spostamento di terribili fantasie mutilatori e riguardanti il proprio pene. (Gardiner,1971).Quando una persona sposta la propria ansia da qualche area ad un oggetto specifico che simboleggia l'oggetto temuto(per. es. il terrore per i ragni potrebbe avere per un individuo il significato inconscio di soffocamento materno oppure l'orrore per i coltelli inconsciamente possono equivalere alla penetrazione fallica),si parla di fobia. Lo spostamento è implicato in alcune deplorevoli tendenze culturali come il razzismo, il sessismo, attribuendo la responsabilità dei problemi sociali a minoranze prive di diritti civili o con scarso potere di controbattere. Così come la ricerca di un capro espiatorio. Anche il transfert sul piano clinico rappresenta lo spostamento di sentimenti verso oggetti primari importanti sull'analista.

La formazione reattiva: la definizione tradizionale di formazione reattiva, implica la conversione di un affetto negativo in positivo o viceversa. Si prenda ad es. la trasformazione dell'odio in amore, del desiderio in disprezzo o dell'invidia in attrazione, ma in modo più preciso si può affermare che la sua funzione è negare l'ambivalenza. Nella formazione reattiva la persona si convince di provare una sola polarità di una risposta emotiva complessa. Il valore di questa difesa può essere dato dall'esempio della sorellina che si sente soppiantata da un fratellino più piccolo e trova un modo per evitare di provare affetti negativi e sperimentare solo quelli positivi, in un'età in cui la maturazione non rende ancora possibili sottili discriminazioni tra forme di sentimenti e tra sentimenti ed azioni. Questo tipo di difesa privilegia quei quadri psicopatologici in cui predominano sentimenti ostili o impulsi aggressivi di cui la persona teme di perdere il controllo. Le persone paranoiche tendono spesso a sentire odio e sospetto quando invece l'osservatore esterno ritiene che stiano provando anche desiderio e dipendenza ;le persone ossessivo-compulsive spesso credono di avere solo rispetto e apprezzamento per le figure di autorità, mentre si può sospettare che in loro ci sia anche risentimento.

La valutazione psicoanalitica di alcuni quadri clinici

Credo possa essere utile, a titolo esemplificativo, entrare più specificamente nelle modalità con cui una persona durante i colloqui diagnostici esprime e comunica la propria sofferenza ed alla possibile reazione controtransferale dell'analista Ho preso quindi in esame l'area ossessivo-compulsiva, l'area borderline e quella depressiva.

Freud considera la struttura ossessivo-compulsiva come legata alla fase anale e alle relative lotte interne connesse al senso di colpa inconscio e alle fantasie di onnipotenza e di controllo nei confronti delle emozioni e degli affetti ed in particolare delle fantasie di rabbia ed aggressività di cui provare vergogna. Il paziente ossessivo appare come ordinato, parsimonioso ed ostinato, altre volte come perfezionista, puntuale, meticoloso, parsimonioso, frugale, incline all'intellettualismo ed alle discussioni cavillose. P. Janet ne parla come persone rigide, inflessibili, prive di adattabilità, eccessivamente coscienziose, amanti dell'ordine e della disciplina, ostinate anche di fronte ad ostacoli insormontabili. W. Reich (1933) parla di "macchine viventi" per via del loro rigido intellettualismo. Sono generalmente affidabili con elevati valori etici. In condizioni di tensione o necessità estrema, possono fissarsi in un comportamento sintomatico che verrà poi ritualizzato.

I pazienti ossessivi hanno la reputazione di essere difficili. **Transferalmente** percepiscono il terapeuta come un genitore devoto, ma giudicante e pieno di pretese. Nonostante una rispettosa collaborazione, trasmettono un tono sottostante di irritabilità e critica. Spesso aspettano con impazienza che l'analista parli per poi interromperlo prima che completi una frase oppure commentandola con: "sì però....." **Il controtransfert** spesso comporta un'insofferenza infastidita, accompagnata dal desiderio di scuoterli; ci si può sentire scoraggiati, annoiati ed emotivamente distanti a causa dell'intellettualizzazione costante, del meccanismo difensivo di isolamento, annullamento e formazione reattiva.

Durante il colloquio di valutazione è importante cogliere ed interpretare la loro vulnerabilità alla vergogna, evitare di dare consigli o sollecitazioni, astenendosi dai "conflitti di potere, "spesso facilitati dai sentimenti di controtransfert. Altrettanto rilevante può essere il tentativo di individuare

insieme, ove possibile, quegli aspetti di cui il paziente teme di perdere il controllo, come le critiche e la rabbia nei confronti dell'analista e della psicoanalisi. Più in generale è bene aiutare il paziente a prestare attenzione ai risvolti emotivi del proprio racconto, alle fantasie sottostanti, utilizzando nel caso anche analogie e metafore che offrano l'ipotesi che si possa godere anche di sentimenti e fantasie svalutati.

Freud(1917) fu il primo a paragonare e contrapporre **le condizioni depressive(“melanconia”) al lutto normale**; mentre nelle normali reazioni di lutto si percepisce il mondo esterno impoverito in qualche aspetto importante come la mancanza di una persona cara, nelle condizioni depressive invece ciò che si sente perduto o danneggiato è una parte di Sé. Il processo del lutto termina con un lento recupero del tono dell'umore, mentre la depressione può proseguire per molto tempo.

Sidney Blatt (004-2008) distingue le esperienze interne ed i bisogni terapeutici di chi dice; “io non sono abbastanza buono, sono difettoso ed indulgente con me stesso e sono cattivo, “chiamandola **depressione di tipo “introiettivo”** da quella chiamata **“anaclitica”** in cui l'esperienza soggettiva e relazionale è del tipo: “io sono vuoto, affamato, solo ed ho tanto bisogno di qualcuno.”

Freud (1917) ed Abraham (1924)considerano un importante precursore delle inclinazioni depressive l'esperienza di una perdita prematura; i pazienti depressi avrebbero una fissazione allo stadio orale (sovrappeso, fumo, alcool etc.).Sempre Freud notò che le persone depresse(tipo introiettivo) distolgono dagli altri e dirigono verso sé stessi i sentimenti negativi e si sentono colpevoli. Il tipo anaclitico non si sentirebbe così malvagio ma sarebbe più incline alla vergogna, vedendosi come cronicamente inadeguato e destinato ad una vita di delusioni. La loro tristezza ed il loro dolore appaiono comunque palpabili.

Le difese maggiormente presenti sono **l'introiezione** come identificazione con un oggetto d'amore perduto di cui vengono ricordati con tenerezza gli aspetti positivi, mentre quelli negativi sono percepiti come parti di sé(Klein,1940).Vi è poi **il volgersi contro il Sé** che permette di ridurre l'ansia, specie l'ansia di separazione perché se si è convinti che l'abbandono sia provocato dalla propria rabbia e dalle proprie critiche, ci si sente più al sicuro dirigendole contro di Sé oltre che preservare un senso di potere(“se la cattiveria mi appartiene, posso anche modificarla”).Un'altra difesa importante risulta essere **l'idealizzazione**; quando si delinea la svalutazione di sé per effetto del sentirsi cronicamente vuoti o segretamente cattivi, aumenta in misura corrispondente l'ammirazione e la considerazione per gli altri per compensare il senso di inferiorità.

Nei bambini è noto come la combinazione di abbandono emotivo o concreto, atteggiamento critico da parte dei genitori, incuria, diniego del dolore, intensa depressione di un genitore etc. finiranno con ogni probabilità per produrre dinamiche depressive.

Sul **piano transferale** i pazienti depressi tendono a legarsi molto all'analista, ritengono benevoli i suoi interventi, sono toccati dalla sua capacità di accoglierli con sensibilità, si impegnano molto per essere apprezzati come “bravi” pazienti. Contemporaneamente tendono a proiettare sul terapeuta le proprie critiche interne andando a costituire un Super-io sadico, rigido, primitivo.

Controtransferalmente si può andare da un affetto benevolo a fantasie onnipotenti di salvezza a seconda della gravità del quadro clinico. Tali reazioni costituiscono un controtransfert “complementare” (Racker,1968)in cui la fantasia terapeutica è quella di poter essere Dio o il genitore sensibile ed accogliente che il paziente non ha mai avuto. Oppure è possibile anche un controtransfert “concordante”(Racker,1968) in cui ci si può sentire impacciati, incompetenti, privi di speranza, demoralizzati e vuoti (aspetti anaclitici).

Durante il colloquio/i di valutazione sarà quindi importante creare un clima di accettazione, rispetto ed impegno a capire insieme, affrontando con i pazienti “introiettivi” le credenze patologiche di essere cattivi o malvagi a motivo delle perdite subite. Sarà importante esplorare le reazioni alle separazioni e a tutto ciò che può assumere questo significato nella relazione analitica, incoraggiando e favorendo l'esplicitazione dei sentimenti negativi. Con i pazienti depressi

“anaclitici” sarà vitale sostenere l’affidabilità di un contesto relazionale analitico nell’affrontare il loro senso di incompiutezza e di vuoto.

Inoltre nella valutazione del quadro depressivo sarà necessario distinguerlo da quello di tipo narcisistico o masochistico(ad es. la diversa prospettiva in capo al sentimento di vuoto oppure i diversi adattamenti al senso di colpa inconscio).

La patologia Borderline

Senza entrare nelle varie distinzioni implicate in tale condizione clinica (vedi ad es.Kernberg,1984 con la differenza tra organizzazione borderline di personalità e disturbo borderline di personalità), possiamo dire che si tratta di un quadro psicopatologico complesso e multifattoriale.

Gli psicoanalisti sono d’accordo nel ritenere cruciale le esperienze relazionali traumatiche vissute in una fase precoce dello sviluppo infantile, considerando il paziente borderline coinvolto in preoccupazioni relative alla separazione-individuazione ed una conflittualità diadica fra la fusione totale che teme possa cancellare la sua identità ed il totale isolamento equiparato ad un abbandono traumatico.

In genere sono pazienti che soffrono di un difetto di base del senso del Sé, con vissuti di incoerenza e discontinuità, possono diventare ostili quando si fanno notare i loro limiti ed hanno problemi relativi alla tolleranza ed alla regolazione degli affetti.

Una delle caratteristiche più evidenti dei pazienti borderline è l’impiego di difese primitive. diniego, scissione, identificazione proiettiva, idealizzazione, acting-out.

Si rivolgono a noi lamentando problemi specifici come attacchi di panico, depressione, o qualche malattia che il medico ha imputato allo “stress”, oppure arrivano in studio su pressione di un conoscente o familiare, ma difficilmente per perseguire loro stessi un cambiamento. Essi provano panico vicino ad un’altra persona per paura di un eccessivo coinvolgimento o di un controllo totale, separati si sentono abbandonati. Questo conflitto centrale della loro esperienza emotivo-relazionale, si esprime con il continuo entrare ed uscire dai rapporti, compreso il rapporto analitico dove non si sentono a loro agio nella vicinanza ma neppure nella distanza.

Fin dall’inizio i **transfert** possono essere intensi e tumultuosi, privi di ambivalenza e resistenti alle normali interpretazioni: l’analista può essere intensamente idealizzato, essere percepito come totalmente buono e sensibile, ma in altri momenti, nello stesso colloquio, venire criticato e svalutato come oggetto cattivo e rifiutante.

Le **reazioni controtransferali** con i pazienti borderline sono generalmente intense e disturbanti. Essi tendono a far sentire i clinici sopraffatti da stati d’animo di urgenza, con alti livelli di ansia, confusione preoccupazione, spavento, ma ciononostante anche solleciti, considerando i pazienti come individui deboli e deprivati che hanno bisogno di amore per crescere. Accade allora che i terapeuti prolunghino l’orario della seduta, accettino telefonate e appuntamenti non concordati in anticipo, accettino di non essere pagati integralmente etc. Ma esiste anche la possibilità, in sintonia con l’intensa rabbia per l’assenza di limiti in persone che si pongono in modo pretenzioso e manipolatorio, che allora l’analista possa sentirsi come la madre esasperata di un bambino di due anni che non accetta di essere aiutato, ma senza aiuto, cade in uno stato di frustrazione.

Molti di questi aspetti possono evidenziarsi almeno in parte anche durante i colloqui di valutazione; importante sarà cercare di mantenere l’alleanza terapeutica col paziente borderline, cercandone il ripristino quando danneggiata. E’ fondamentale saper resistere agli eventuali prodromi di una tempesta emotiva senza scoraggiarsi di fronte alle comunicazioni verbali e non verbali particolarmente intense. E’ essenziale presentare al paziente l’immagine di un analista come persona genuina e spontanea, puntando anche alle risorse presenti nel paziente. Il fine è quello di recuperare un minimo di regolazione dei comportamenti e degli stati interni che rendano possibile completare la valutazione psicoanalitica e proporre un’eventuale trattamento.

Come si è visto, l'analista può essere molto sollecitato controtrasferalmente ed avere bisogno di un' adeguata elaborazione in aprè-coup, senza abbandonare l'idea di un possibile confronto tra pari o del ricorso ad un elemento terzo di discussione del caso.

Ho voluto portare degli esempi, delle ipotesi di lavoro che nella fase di valutazione psicoanalitica di un paziente, non tengano solamente conto della sensibilità, dell'intuizione dell'analista, delle sue conoscenze e competenze cliniche, del suo "stile" analitico, bensì riguardino anche il riconoscimento e la comprensione del modo unico e particolare di porsi del paziente e della maniera peculiare in cui sperimenta ed esprime il proprio disagio. Inoltre è importante la comprensione della variabilità delle persone nel loro modo di vivere e comunicare la loro sofferenza.

"Se vi è acqua e luce possono crescere sia il cactus che l'edera, ma il giardiniere che non sa valutare le differenze tra le due piante non le porterà alla piena fioritura"(Mc.Williams,2012)

Quindi per realizzare un "buon incontro" l'obiettivo di un analista sarà quello di fungere da osservatore attento ed interessato, emotivamente disponibile come contenitore di angosce, rabbia, sofferenza; insieme alla qualità del suo ascolto possono dar forma ad un'esperienza che permetta all'individuo di essere sé stesso senza preoccuparsi di dover dare una buona impressione, ma, al contrario, di sentire che l'intento dell'analista è quello di accompagnarlo in un processo più o meno lungo di "convalescenza dell'anima".(Sermonti,1988).

BIBLIOGRAFIA

- Bastianini T. (2017) Intervento alla Giornata Nazionale di Ricerca "They are people" 28/1/2017 RO.
- Blatt, S. "Experiences of Depression. theoretical, clinical and research perspectives" APA-Washington.
- Bion, W.R. (1972) "Attenzione e interpretazione" Armando, Roma 1973.
- Bion, W.R. (1979) "Seminari Clinici", Cortina, MI, 1987.
- Bion, W.R. (1961) "Esperienze nei gruppi" Armando, Roma 1971.
- Freud S. (1909) "Osservazioni su di un caso di nevrosi ossessiva" OSF Vol.6 p.11, nota 2.
- Freud S. (1912) "Consigli al medico" in "Tecnica della Psicoanalisi" Vol.6 Boringhieri, TO p.536.
- Freud S. (1913) "Inizio del trattamento" in "Nuovi consigli sulla tecnica psicoanalitica, Vol 7 p.352.
- Freud S. (1915-17) "Introduzione alla psicoanalisi" Lezioni 27-28 OSF Vol.8 Boringhieri, TO.
- Freud S. (1920) "Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile" OSF Vol.9 Boringhieri TO.
- Freud S. (1922) "Due voci di enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido", Vol. 9 p.450.
- Freud S. (1932-1938) "Introduzione alla Psicoanalisi," OSF, Vol.11 Boringhieri, TO 1979 p.259.260.
- Freud S. (1937) "Costruzione nell'analisi," OSF, Vol.11 Boringhieri, TO 1979 p.252.
- Izzo, E.M. (2016) Intervento al Seminario "Il paradosso della diagnosi in Psicoanalisi" CPdR-4/5/2016.
- Jaspers, K. (1913) "Psicopatologia Generale" Pensiero Scientifico Ed. Roma 2000.
- Keats, J. (1817) "J.Keats, lettere sulla poesia"- Feltrinelli, Milano 1992.
- Kernberg, O.F. (1976) "Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica" Boringhieri TO.
- Kernberg, O.F. (1984) "Disturbi gravi di Personalità" Boringhieri – TO. 1987. Klein, M. (1940) "Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi" In Scritti Borin. TO. Meltzer D. (1976) "Temperatura e distanza come dimensioni tecniche dell'interpretazione" in La comprensione della bellezza – Loescher, Torino 1981.
- Meltzer, D. (1978) "Lo sviluppo Kleiniano" Borla, Roma p.113.
- Mc Williams, N. "La diagnosi Psicoanalitica" 1994-p.7 ed Edizione riveduta ed ampliata 2012.
- Money-Kyrle, R. (1956) "Il Controtrasfert normale ed alcune sue deviazioni"- Scritti 1927-1977 Loescher To, 1984.
- Nicolò A.M. (2017) Intervento alla Giornata Nazionale di Ricerca "They are people" 28/1/2017 RO.
- Nicasi S. (2016) Lavoro presentato alla Giornata di studio: "Lo spettro della follia-Diagnosi e storie cliniche" Firenze 17/9/2016..
- PDM-2 Second Edition a cura di V.Lingiardi e N.Mc Williams – The Guilford Press N.York 2017.
- Quagliata E. a cura di (1994) "Un buon incontro" Astrolabio, Roma. P.11.
- Racker, H. (1968) "Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtrasfert" Armando Roma.
- Reich W. (1933) "Analisi del carattere", Sugar Ed. Milano 1973.
- Rossi Monti M. "Diagnosi: una brutta parola?" Riv.di Psicoan. 54:795-803 – 2008.
- Sermonti, V. (1988) "L'inferno di Dante", Rizzoli Edit. – Milano.
- Symington, N. (1986) "The analytic experience", Free Association Books, Londra.