

Le nostre ultime discussioni nel nostro gruppo di discussione del Focus si sono concentrate sul **cambiamento psichico** e su come si possa intendere il concetto, tanto citato e tanto abusato, di **cambiamento strutturale**.

Siamo pertanto ripartiti (per l'ennesima volta) da una riconsiderazione del concetto di struttura prendendo in particolare considerazione il punto di vista di Piaget a riguardo. Per Piaget una delle caratteristiche principali che permette di definire qualcosa come struttura è il fatto di essere un intero, una unità, che opera come tale e come tale si differenzia dalla semplice somma delle parti che la costituiscono, anche se ciascuna di queste parti componenti risulta ben riconoscibile nella sua forma e nella sua specifica e limitata funzione. Tuttavia la messa in relazione di queste singole parti l'una con l'altra in un modo organizzato e sistematico dà origine ad una funzione sovraordinata che è in genere assai diversa da ciò che ci potremmo aspettare se ci limitassimo a considerare una per una, isolate, le singole parti componenti.

In questa relazione organizzata consiste la differenza cruciale tra la struttura e il semplice aggregato. Se ricevo una scatola che contiene tutti i pezzi per fabbricare un apparecchio televisivo, ricevo un aggregato. Se riempio un'area fabbricabile di mattoni, sacchi di cemento, sabbia e assi di legno faccio un aggregato. Ma se metto insieme, seguendo un percorso sistematico e organizzato i diversi pezzi della scatola o il materiale edile accumulato, costruisco qualcosa che merita il nome di struttura (un televisore, una casa). Essa costituisce una unità funzionale, è in grado cioè di svolgere una funzione specifica e sovraordinata, che non appartiene invece alle singole parti componenti e che le è propria.

Venendo ai fatti di casa nostra ci possiamo chiedere se l'Io sia una struttura in quanto insieme organizzato sistematicamente di meccanismi e di processi devoluti ad una funzione sovraordinata. Leggendo la letteratura psicoanalitica si ha l'impressione che l'Io freudiano si sia progressivamente trasformato nella nostra area fabbricabile dove vanno accumulandosi più o meno alla rinfusa le diverse varietà di materiale da costruzione. Si ha cioè l'impressione che negli anni si sia verificata una sorta di processo di frammentazione, di parcellizzazione e che quindi abbia avuto luogo un vero e proprio misconoscimento di quella che a noi sembra invece costituire la funzione principe, sovraordinata, attribuita da Freud all'Io, funzione rispetto alla quale tutte le altre, che sono state man mano individuate e selezionate, sono da considerarsi subordinate. A noi sembra infatti che se si segue una linea di pensiero, seppur non sempre chiaramente delineata e riaffermata, che parte dal paragrafo E del settimo capitolo dell'*Interpretazione dei Sogni* (vedi per questo il riassunto in un precedente contributo al Focus), fa tappa nell'articolo sul *Narcisismo* e si conclude nel testo fondamentale del cosiddetto periodo strutturale, vale a dire *Inibizione, sintomo e angoscia*, risulti abbastanza chiaramente quale fosse per Freud la funzione sovraordinata dell'Io. Si tratta cioè della

funzione “economica”, la funzione cioè di ridurre al minimo, a livello di segnale il sentimento di dispiacere presente alla coscienza nello sforzo teso a ricostituire lo stato di perfetta beatitudine che caratterizza l’ipotetica condizione del narcisismo primario.

La natura sovraordinata di questa funzione è invece ben presente e fortemente ribadita nel pensiero di J. Sandler, per esempio in affermazioni quale questa: (*La Ricerca in Psicoanalisi*, vol. II- 150-151) “Lo scopo di tutto il funzionamento dell’Io è quello di ridurre la discrepanza rappresentazionale.... e di raggiungere o mantenere in tal modo un sentimento fondamentale di benessere. Da questo punto di vista possiamo dire che l’Io cerca di mantenere l’omeostasi dei sentimenti...” Poco oltre (pag. 155) aggiunge: “Vorremmo ripetere ancora che l’evoluzione degli apparati che l’Io costruisce nel corso della maturazione e dello sviluppo è in ultima analisi stimolata dall’esigenza di controllo sui sentimenti; il loro compito principale è quello di consentire l’ampliamento e lo sviluppo delle esperienze...che non sia accompagnato da un eccessivo sconvolgimento a carico del tono affettivo di base di sicurezza e benessere”.

Un discorso analogo si potrebbe fare per la struttura Super-Io ma non abbiamo voluto allontanarci dal tema iniziale, quello del cambiamento, e rimandiamo quindi ad altro tempo la considerazione di questo particolare e stimolante argomento.

Adottando questa concezione in qualche modo “globalistica” del termine struttura, diversa da quella parcellizzata che si rifà a Rapaport e Gill e che è adottata dallo stesso Sandler, possiamo pensare al **cambiamento strutturale** come ad una particolare **modificazione del modo in cui la struttura Io adempie alla sua funzione principale utilizzando in modo diverso le sottostrutture, i meccanismi e i relativi processi che ha a sua disposizione**. Se un paziente, in virtù di processi di cui fra breve ci occuperemo, utilizza un po’ meno un proprio abituale meccanismo di difesa, il diniego per esempio, non è necessario pensare che ciò consegua allo sviluppo di una attività inibitoria che tiene a bada il “sottostante” meccanismo difensivo, come viene teorizzato nella concezione “gerarchico-verticistica” (vedi per questo il contributo al Focus dedicato al concetto di persistenza in Freud e Sandler). Si potrebbe alternativamente concepire che, per una serie di fattori, si assista ad una diversa distribuzione dell’investimento operata dall’Io con la conseguenza che ne viene tolta una parte a determinati meccanismi e processi e ne viene data di più ad altri sino a quel momento poco investiti e in sordina (per esempio quelli attinenti alla sottofunzione dell’esame di realtà). La situazione può essere paragonata a quella di un’orchestra in cui ad un certo punto il direttore (l’Io) decide, nell’esecuzione di una composizione musicale a carattere polifonico, di variare l’importanza relativa delle parti rispetto a quale debba risultare la voce principale, quale quella secondaria e quale invece quella di semplice accompagnamento. Ne può conseguire una

modificazione globale nella resa musicale del pezzo per l'emergere ad esempio di una armonia che sino a quel momento era rimasta nascosta e penalizzata.

Una metafora probabilmente più comprensibile e agevole può essere quella di paragonare il cambiamento psichico in senso evolutivo alla ristrutturazione di un appartamento volta a renderlo più adeguato alle nostre esigenze. La metafora è particolarmente felice nella misura in cui mette bene in evidenza come nulla venga aggiunto all'esistente (non viene modificata la metratura dell'appartamento) ma questo viene utilizzato in modo diverso, sfruttando parti in precedenza per nulla o poco valorizzate rendendo in tal modo il tutto più confortevole. Così anche nel caso del cambiamento strutturale non è necessario pensare che questo si realizzi per aggiunta ¹ di nuovi meccanismi o processi, di natura inibitoria o altra, quanto appunto per una diversa e più fruibile utilizzazione dell'esistente. Per uscire di metafora, se un paziente in terapia, in virtù della relazione con il suo terapeuta, ottiene quello che il dott. Monteverde ama chiamare un allargamento della sua base di sicurezza, egli potrà osare mettere in attività alcuni meccanismi e processi sino a quel momento silenti e "off limits" a scapito di altri sino a quel momento imperanti e prevalenti, il che si traduce in una modificazione dei suoi contenuti psichici di pensieri, sentimenti ed eventualmente del suo comportamento. Se tale modificazione risulta vantaggiosa dal punto di vista adattivo, nel senso di migliorare ulteriormente il sentimento di sicurezza del paziente, essa verrà rinforzata, potrà generalizzarsi e tradursi in una consapevolezza conscia di cambiamento e quindi in un insight.

L'importanza, sottolineata dal Dott. Monteverde, del fattore "allargamento della base di sicurezza" del paziente nella terapia come condizione indispensabile per il verificarsi di un processo di cambiamento psichico evolutivo ci ha indotto a volgere la nostra attenzione al ruolo della relazione d'oggetto nella dinamica dell'incontro terapeutico. Ci siamo rifatti ad uno scritto di Hans Loewald, psicoanalista tedesco emigrato negli Stati Uniti, che nel lontano 1960, in pieno furoreggiare della psicologia psicoanalitica dell'Io sottolineò in un articolo diventato negli anni famoso, come la psicoanalisi ufficiale, specie quella americana, riconoscesse da un lato l'esistenza di una relazione oggettuale fra paziente e terapeuta, ma non attribuisse ad essa una particolare importanza relativa al processo terapeutico e tanto meno, nei processi di sviluppo in genere.² Ci pare meriti riportare qui una breve citazione che mette bene in evidenza la sua posizione, del tutto diversa e alternativa, a riguardo. Egli dice: " Il processo di cambiamento è messo in moto non solo dall'abilità tecnica dell'analista, ma dal fatto che l'analista si rende disponibile per lo sviluppo di una nuova "relazione oggettuale" con il paziente [...] Sappiamo per esperienza analitica, oltre che di vita, che nuovi

¹ Raggiunto un certo stadio dello sviluppo nulla si aggiunge e nulla va perduto tranne nel caso di una vera e propria distruzione del tessuto del sistema nervoso cerebrale.

² Una posizione assimilabile a quella di Loewald era stata per altro già assunta da R. Fairbairn in Inghilterra dove esisteva da anni all'interno del movimento psicoanalitico una corrente di pensiero che prestava particolare attenzione all'importanza delle relazioni oggettuali

impulsi allo sviluppo di sé possono essere intimamente connessi con le riscoperte “regressive” di se stessi che hanno luogo nell’ambito di nuove relazioni oggettuali [...] l’opportunità che esse offrono di riscoprire i primi passi dello sviluppo delle relazioni oggettuali conduce a nuovi modi di relazionarsi con gli oggetti e di essere e di relazionarsi con se stessi”.

Ci siamo trovati essenzialmente in accordo con questa formulazione di Loewald. Ci pare cioè che debba essere fortemente sottolineata l’importanza del fatto che il paziente ha l’opportunità non facilmente ripetibile di sperimentare nel rapporto con il terapeuta sentimenti di fiducia, rispetto, benevolenza, tolleranza e interesse per aspetti di sé che egli per primo giudica ridicoli, poco plausibili e sensati, poco degni di considerazione e di comprensione. Pensiamo che sia solo in virtù di questo tipo di esperienze che si rende possibile per lui provare a distribuire diversamente i suoi investimenti in modo più adeguato al suo status e alle sue esigenze attuali. Egli può cioè, fortificato da questa particolare atmosfera emotiva, tentare di modificare il modo in cui ha collocato nel passato le sue energie psichiche nella direzione, indicata appunto da Loewald, di uno sviluppo “più sano e comprensivo” e di un nuovo modo “di relazionarsi con gli oggetti e di essere e di relazionarsi con se stessi”. E tutto ciò, ci teniamo a ribadirlo, utilizzando strumenti che già ci sono in lui, metri quadrati del suo apparato psichico potenzialmente fruibili che tuttavia, per una serie di circostanze inerenti alle particolarità del suo sviluppo, non ha potuto o ha potuto poco e con difficoltà sfruttare. In tutto ciò abbiamo avuto ben presente la sofferenza che sempre, più o meno intensa, accompagna nel paziente questo processo di messa in sordina dei suoi passati adattamenti, cui è tenacemente attaccato e che è continuamente tentato di riutilizzare in momenti di difficoltà e di rinnovato conflitto. Pensiamo appunto che siano proprio le componenti dell’**alleanza affettiva** con il terapeuta, cui abbiamo sopra fatto cenno, a fornire al paziente le armi per tollerare questa sofferenza, per tenerla a bada, permettendogli quindi di guardare avanti e cercare di evolvere.

Con un pensiero ai “passati adattamenti” abbiamo deciso di riprendere in considerazione i concetti di “oggetto interno” e di “relazione oggettuale interna”. Sandler ha ben descritto la funzione di questi dialoghi con gli oggetti nel mantenere e massimizzare benessere, sicurezza, senso di controllo, autostima e nel ridurre al minimo i sentimenti dolorosi. ((vedi il suo libro Gli oggetti interni specie capitoli 4, 5 e 8)

Il nostro punto di partenza è stata l’ovvia constatazione che il paziente si trova assai spesso alle prese con sentimenti molto dolorosi e minacciosi (di perdita, di abbandono, di non considerazione, di svalorizzazione, di disprezzo per se stesso, di colpa, etc.). Pensiamo che questi sentimenti, la cui presenza è condizionata dalle vicissitudini dello sviluppo infantile in un modo che a questo punto ci importa relativamente di specificare, costituiscono per il paziente degli “oggetti primari” nel senso che è con essi che egli entra primariamente in dialogo, un dialogo che è “fra sé e sé” (“sono

colpevole, sono incapace, non merito attenzione, sono impresentabile ecc.”). Sappiamo che il paziente nel corso dello sviluppo ha cercato di tenere a bada questi sentimenti dolorosi ricorrendo a meccanismi e processi psichici, a “soluzioni” che sono per lo più coercenti, autolimitative, antievolutive e a loro volta spesso fonte di ulteriori sentimenti dannosi per la sua stessa autostima, che chiamiamo appunto soluzioni patologiche. Pensiamo che sia essenzialmente a scopo difensivo che il paziente drammatizzi questi sentimenti, li intrecci in dialoghi con oggetti, dialoghi che si possono limitare al mondo della sua fantasia o che il paziente può cercare di rendere reali con personaggi del mondo in cui vive, stimolandoli ad agire e reagire in modo coerente alla parte che il paziente stesso ha loro assegnato. In questo modo il paziente (e ovviamente il discorso vale anche per il non paziente) non si trova più solo, a tu per tu con i suoi sentimenti dolorosi ma mette in scena una sorta di rappresentazione teatrale che può più o meno bene controllare tenendone in mano le fila.

Pensiamo quindi che una funzione estremamente importante dello sviluppo del dialogo con l’oggetto interno sia appunto quella di far sì che il paziente (la persona) non si trovi a guardare direttamente in faccia i propri sentimenti, le proprie reazioni emotive da solo, all’interno della sua sola pelle.

La sofferenza che si ingenera nel corso del processo terapeutico ci sembra proprio dovuta al fatto che il terapeuta cerca di riportare il paziente a se stesso, gli chiede di riconoscere e di accettare che il dialogo con l’oggetto, in fantasia o nella realtà è in verità un dialogo con se stesso; egli sta cioè prestando ad altri una voce di cui egli ha un particolare bisogno e che è invece la sua. Vorremmo fare un piccolo esempio. Nel suo articolo sugli oggetti interni (cap. 8 del libro prima citato) Sandler parla di un paziente che in varie occasioni della sua vita quotidiana (incontro con la polizia, con l’autorità fiscale, nella relazione con lo stesso terapeuta) si sente molto facilmente impaurito temendo di essere accusato di chissà quali misfatti e quindi di essere sgridato, rimproverato, punito. E’ facile, osserva Sandler, che una persona di questo tipo tenda a sviluppare un rapporto sado-masochistico con il suo oggetto, e opportunamente Sandler sottolinea l’importanza di chiarire la funzione che questo tipo di dialogo assume nella vita interiore del paziente. La risposta che il dott. Monteverde suggerisce a questa sollecitazione di Sandler è che, creando questo tipo di dialogo, il paziente evita un impatto pieno con la consapevolezza di essere una persona paurosa e profondamente insicura e soddisfa un tremendo bisogno della presenza, fantastica e/o reale di qualcuno di autorevole che contemporaneamente lo bastona e lo rassicura in quanto non lo lascia solo. In terapia quello che cerchiamo di fare è di aiutare il paziente a riconoscere che egli ha paura, che l’ha probabilmente sempre avuta e che ha trovato nel corso del suo sviluppo questa particolare soluzione relazionale per tenerla a bada e per non averne piena consapevolezza. Quello che

cerchiamo di dire al paziente è che egli ha questo problema ma che egli può tentare di trovare dentro di sé degli strumenti diversi per gestirlo e convivere meglio. Il paziente riapre il dialogo con la sua paura, può sviluppare con essa un rapporto più sereno, più comprensivo, più tollerante, magari anche autoironico, il che significa che ne è un po' più distaccato e un po' più in controllo di quanto non lo fosse prima, che ha meno paura della sua stessa paura. In questo modo egli acquista anche un maggior senso di autonomia, di avere cioè meno bisogno di questi dialoghi stereotipati, ripetitivi e anche dolorosi con gli oggetti a tutto vantaggio della sua autostima e della valorizzazione della sua soggettività e delle sue personali risorse, a favore del dialogo "fra sé e sé".