

**Riassunto delle riunioni del Gruppo del Focus  
dal 28.9 al 21.10 2010**

Nella riunione del 28/9/2010 leggiamo nell'Interpretazione dei Sogni di Freud le pagine ove Freud definisce i concetti di identità di percezione e di identità di pensiero. Vengono manifestate alcune perplessità relative in particolare al concetto di identità di pensiero: qual è l'identità cui fa riferimento Freud in questo caso?

Il Dott. Coen pensa che sia riguardo al concetto di identità di percezione sia riguardo al concetto di identità di pensiero, l'identità cui Freud si riferisce sia sempre quella fra un certo contenuto rappresentativo, in particolare la rappresentazione dell'esperienza di soddisfacimento del desiderio, e l'equivalente contenuto percettivo, la percezione cioè del soddisfacimento stesso. La differenza sta nel fatto che nel caso dell'identità di percezione l'identità fra questi due contenuti è ottenuta autoplasticamente in virtù del processo allucinatorio mentre, nel caso dell'identità di pensiero, l'identità è ottenuta aloplasticamente mediante un intervento diretto sulla realtà in modo da modificarla e conformarla sulla falsariga del contenuto rappresentativo relativo alle passate esperienze di soddisfacimento.

Nella riunione del 30/9/2010 leggiamo dal libro di J. e A-M. Sandler Gli oggetti interni il capitolo 2° intitolato "L'esigenza di conseguire l'identità di percezione". In questa occasione il dott. Monteverde sostiene che può essere molto semplicistico pensare che quando noi mettiamo in piedi una particolare relazione di ruolo scegliamo un oggetto che, in virtù di sue caratteristiche reali, risponde alle nostre sollecitazioni in modo per noi rassicurante e soddisfacente. In realtà quello che dobbiamo fare è un importante lavoro psichico sui dati della nostra percezione dell'oggetto e delle sue risposte, un lavoro di manipolazione, di distorsione, di scotomizzazione di alcuni dati e di accentuazione del rilievo di altri al fine di ottenere una congruenza "illusoria" fra le nostre esigenze e aspettative e il dato percettivo costituito dalle risposte dell'oggetto. Una parte importante del nostro lavoro, secondo il dott. Monteverde, ed è una parte a cui secondo lui i terapeuti della coppia e della famiglia dedicano poca attenzione, consiste nell'aiutare il paziente a far fronte alla frustrazione che consegue alla compiuta presa di coscienza della differenza che esiste fra l'oggetto "reale" e l'oggetto "illusoria" da lui creato per soddisfare i suoi bisogni e aspettative. Si tratta cioè della frustrazione inerente al processo di esame di realtà riguardo ai suoi oggetti. Il paziente deve essere aiutato pian piano a riconoscere, nei limiti delle sue capacità di far fronte al dolore che ne consegue, le caratteristiche "reali" dei suoi oggetti e quindi cosa può realisticamente attendersi da loro e cosa no. Lo si può definire un lavoro di deidealizzazione.

Ascoltando questa puntualizzazione del dott. Monteverde mi è venuto in mente che essa è parimenti valida nell'ambito di quella speciale relazione oggettiva che consiste nella relazione con il proprio

Se. Anche in questo dialogo particolare sono in gioco bisogni e aspettative che interferiscono con una visione oggettiva e disincantata del proprio Se, anche qui esistono processi di scotomizzazione, forme di innamoramento e di idealizzazione più o meno estreme. La presa di coscienza della "realtà" del proprio Se è un processo faticoso, spesso sconcertante e, al pari di quella relativa alla "realtà" dei propri oggetti, asintotico.

Nella riunione del 7/10/2010 la discussione nel gruppo si concentra sull' "agire" del terapeuta, sul fatto cioè che egli manifesti, per esempio, al paziente sentimenti e atteggiamenti di affetto o di stima o, viceversa, di rabbia o di irritazione, che dia al paziente particolari consigli, che inviti il paziente a prendere certe decisioni o ad assumere un particolare corso di azione nella sua vita relazionale o lavorativa. Il dott. Monteverde esprime la convinzione che queste "azioni" del terapeuta, se ben modulate e corrette dal punto di vista del timing, possono essere molto più efficaci dello stesso lavoro interpretativo nel senso soprattutto di stimolare e di velocizzare il processo terapeutico. Per esempio un gesto affettuoso da parte del terapeuta può aiutare a portare nel fuoco del lavoro terapeutico le difficoltà che un paziente può avere ad accettare, a vivere questa particolare esperienza affettiva, a mostrare che la desidera e la apprezza.

Ovviamente nel caso del rapporto fra un terapeuta maschio e una paziente femmina, per esempio, è più facile per il terapeuta lasciarsi andare ad una manifestazione di questo tipo dopo il raggiungimento dell'"età sinodale" di manzoniana memoria<sup>1</sup> allorché le spinte biologiche si sono acquietate. Parimenti quando il terapeuta invita il paziente ad assumere una particolare iniziativa nella vita reale egli lo fa nella misura in cui valuta che il paziente sia ora in grado di farlo e vuole trasmettere al paziente stesso questa sua convinzione, al di là delle sue difficoltà e conflittualità. Il dott. Monteverde è convinto che in questo modo il paziente affronterà prima nell'ambito della sua analisi queste difficoltà e conflittualità, il che consente spesso di mettere a fuoco in modo più pregnante le problematiche interne ad esse connesse.

Ovviamente questo tipo di iniziativa, di presa di posizione del terapeuta non può mai essere decisa in astratto e a priori ma solo "in corso d'opera", volta per volta, ora privilegiando un'area della vita del paziente ora un'altra a seconda dei problemi che si presentano e del particolare andamento del processo terapeutico.

I membri del gruppo non sono tutti a loro agio rispetto a queste prese di posizione del dott. Monteverde. In particolare il dott. Boyer esprime a riguardo forti perplessità temendo che in questo modo si interferisca con lo spontaneo sviluppo del processo transferale e controtransferale e si finisca in particolare per offuscare le componenti ostili tanto del transfert quanto del controtransfert medesimi.

---

<sup>1</sup> Col sinodo i prelati stabilivano una età oltre la quale le "Perpetue" non costituivano più minaccia sessuale per i parroci che le avevano in servizio.

Il dott. Coen mostra in particolare interesse per il tema del controtransfert ostile che egli attribuisce per lo più ad una mancanza di comprensione di quanto sta accadendo nella relazione terapeutica. Egli cita il caso di un paziente che dopo un promettente e coinvolto inizio di terapia si mantiene ora a distanza, esprime dubbi sull'efficacia della terapia e sul dove questa lo stia portando. Tutto ciò provoca la comparsa di sentimenti di frustrazione e di una certa ostilità nel terapeuta. Il suo stato d'animo cambia però radicalmente quando è in grado di formulare l'ipotesi che questi atteggiamenti del paziente esprimono la sua difficoltà a mantenere e ad approfondire una relazione di intimità e di self-disclosure temendo di risultare inadeguato, velleitario, inconcludente, incapace e di essere rifiutato per questo. La sua è una identificazione con l'aggressore, un rovesciamento di ruoli per cui ora è il terapeuta ad essere incapace, inadeguato, colui che non sa dove sta andando.

Nella riunione del 14/10/2010 si torna a parlare dell'atteggiamento "attivo" del terapeuta. Il dott. Monteverde esprime la convinzione che si tratti di un atteggiamento presente in ogni terapeuta anche se si esprime secondo modalità meno evidenti, meno macroscopiche rispetto a quanto si verifica nel caso suo.

Ciascun terapeuta ha un proprio modo di esprimere affetto, sostegno, incitamento, irritazione, insopportazione, ciascun terapeuta ha in tutto ciò un suo stile, un suo modo di essere e di comunicare.

Il dott. Monteverde osserva che, allorché assume un atteggiamento "attivo" nei confronti di un paziente, stimolandolo per esempio a fare una determinata scelta nella sua vita professionale, scelta che ha di continuo rimandata per lungo tempo, per troppo tempo secondo il terapeuta, non ha sempre l'impressione di essere stato indotto a farlo da parte del paziente medesimo, e che quindi il suo comportamento non è espressione di una particolare relazione di ruolo che è in quel momento attiva nella mente del paziente.

La dott.ssa Viganò osserva che la relazione di ruolo che in questo modo si attualizza nel rapporto con il terapeuta deve tuttavia far parte di una fantasia inconscia del paziente, fantasia che può aver dato scarsissimi segni di sé nel comportamento attuale del paziente e nelle sue abituali relazioni ma che pure dobbiamo pensare come presente e in qualche modo come attiva nella sua mente. Per usare la metafora orchestrale non è che alcuni strumenti non suonano per nulla e poi improvvisamente si attivano: sembra più utile pensare che suonino sempre ma molto in sordina e che ci voglia un orecchio molto sensibile per individuarne il suono. Interviene il dott. Boyer chiedendosi, alla luce di quanto sinora detto, che cosa intendiamo con il termine "relazione di ruolo". Per lui la relazione di ruolo è sempre stata la relazione volta a mantenere il sentimento di sicurezza della persona e, come tale, quindi una relazione ripetitiva, conservativa, che può essere fonte di sofferenza ma che la persona cerca di attualizzare proprio perché aumenta i suoi sentimenti di sicurezza in virtù della sua

familiarità. Al dott. Boyer sembra che ora invece quella che viene proposta è una concezione della relazione di ruolo diversa, una concezione evolutiva, come se la persona fosse alla ricerca di qualcosa di nuovo, di diverso e che modifica profondamente la relazione di ruolo originaria, di base. Il dott. Coen sottolinea come in psicoanalisi si è dato sempre molto rilievo alla necessità del paziente di ripetere e assai meno al suo desiderio di cambiamento. Egli si trova in perfetto accordo con quanto detto prima dalla dott.ssa Viganò e condivide l'idea che nel paziente siano presenti, sotto traccia, una o più fantasie di desiderio nelle quali si configura una particolare relazione oggettuale e quindi una particolare relazione di ruolo che può essere molto diversa da quella manifesta nel comportamento abituale del paziente. Ma è proprio il desiderio di attualizzare questa relazione di ruolo, rimasta in sordina, a portare il paziente in terapia e, magari, a fargli scegliere un particolare terapeuta piuttosto che un altro.

All'inizio della riunione del 21/10/2010 il dott. Coen invita il dott. Monteverde a dire la sua sul concetto psicoanalitico di interpretazione, avendo avuto occasione nel corso della settimana di scambiare qualche idea in proposito con lui. Il dott. Coen ha l'impressione che quando si parla di "interpretazione mutativa" o di "esperienza emozionale correttiva" non si ha in genere una idea precisa di cosa questi termini stiano ad indicare, li si usa "ad orecchio" senza una vera conoscenza di quello che chi ha coniato questi termini aveva veramente in mente. A parole si accetta l'idea, sostenuta vigorosamente da Sandler, che è importante situare i concetti della psicoanalisi nel contesto storico dello sviluppo della teoria psicoanalitica. Ma in realtà la conoscenza di questo stesso sviluppo è lacunosa e approssimativa. Il dott. Monteverde, rispondendo alla richiesta del dott. Coen, esprime anzitutto il convincimento che la gran parte degli analisti nutrono una sorta di "mistica" dell'interpretazione essendo convinti di avere nelle proprie mani un'arma particolarmente efficace e potente puntata contro il paziente o per lo meno contro delle "parti" del paziente. Al termine di "interpretazione" egli preferisce quello di "spiegazione": il paziente viene in terapia, man mano si sviluppa un rapporto di fiducia e di confidenza con il terapeuta che consente al paziente stesso di verbalizzare molte cose che lo riguardano e che sinora ha tenuto ai margini della coscienza. Il paziente racconta se stesso e fornisce una mappa idiosincrasica relativa a come si percepisce, a come crede di essere e di relazionarsi. Quello che il terapeuta fa quando interpreta è un lavoro di spiegazione che riordina il modo del paziente di organizzare il suo materiale psichico e gli fornisce una sorta di filo rosso seguendo il quale il paziente può avere una idea di come è fatto internamente che è più chiara, più semplice, più plausibile di quella che ha intrattenuto sinora. Più che un vero e proprio lavoro di scoperta è un lavoro di riordino e di semplificazione.

Il dott. Coen ricorda come Sandler amasse dire che se in una terapia si riusciva ad organizzare il materiale fornito dal paziente attorno a un paio di idee fondamentali e a renderle chiare al paziente

stesso, la terapia poteva dirsi molto ben riuscita. Naturalmente arrivare a ciò può richiedere un lavoro molto lungo e molto impegnativo. Il dott. Monteverde riferisce a questo punto un esempio clinico per dare una idea concreta di ciò che egli intende quando parla di interpretazione come “spiegazione”.

La riunione termina con una vivace discussione relativa al caso clinico riferito, discussione che fa riemergere il tema della relazione di ruolo dibattuto nella riunione precedente.

La riunione del 4/11/2010 è quella che ho tirato giù dalla registrazione e che a parer mio con opportuni tagli suggeriti dai singoli partecipanti potrebbe essere pubblicata tal quale.