

Capitolo 9

Il processo psicoanalitico

Nei capitoli precedenti abbiamo discusso diversi aspetti del trattamento psicoanalitico, ma non abbiamo ancora focalizzato l'attenzione sul processo terapeutico inteso in senso globale. Finora abbiamo considerato variamente i diversi segmenti temporali del processo terapeutico, alternando micro- e macroprospettive (Baumann, 1984) e utilizzando la lente d'ingrandimento per osservarne alcuni aspetti, come ad esempio le domande che il paziente fa all'analista. Dall'altro lato abbiamo indagato sulle strategie terapeutiche generali dell'analista, tenendo la distanza necessaria di fronte ai dettagli.

Il trattamento psicoanalitico può caratterizzarsi in molti modi: si cerca, con le metafore più svariate, di definire gli aspetti essenziali e quelli specifici. Abbiamo ricordato il paragone di Freud tra processo analitico e gioco degli scacchi, e tutte le analogie che egli vide tra le attività dell'analista e quelle dell'archeologo, del pittore e dello scultore (vedi sopra, capp. 7 e 8). Anche se Freud non lasciò alcun dubbio riguardo al fatto che l'analista possa influire in modo decisivo, positivamente o negativamente, sul corso dell'analisi, ne sottolineò ancora più decisamente l'autonomia quando affermò (1913b, p. 340; corsivo nostro):

Egli [l'analista] mette in moto un *processo*, quello di scioglimento delle rimozioni esistenti; può vigilare su questo *processo*, promuoverlo, liberarlo dagli ostacoli che gli si frappongono per via, e anche, non c'è dubbio, sciuparne gran parte. Complessivamente però, il processo, una volta avviato, va per la sua strada e non si lascia prescrivere né la direzione né la sequenza dei punti da intaccare.

In queste metafore sono implicite teorie e modelli che ora vogliamo indagare. L'esortazione di Sandler a mettere in rilievo la dimensione del significato personale nei concetti per riuscire veramente a fare un passo avanti, riguarda anche l'analista nella sua pratica di lavoro (1983, p. 43):

Lo scopo della ricerca dovrebbe essere rendere espliciti i concetti impliciti dell'analista al lavoro. Io

sostengo che questo processo accelererà lo sviluppo della teoria psicoanalitica. Gli aspetti essenziali della teoria devono essere quelli che sono in relazione con il lavoro che l'analista deve fare, e per questo l'accento più marcato deve necessariamente essere di tipo clinico.

Discuteremo dunque la funzione dei modelli di processo terapeutico (9.1), dei punti essenziali per la sua valutazione (9.2) e dei diversi modi di descrivere il processo (9.3); infine, del *nostro modello* (9.4).

9.1 *La funzione dei modelli di processo*

Se consideriamo il processo terapeutico nella sua interezza, cioè nell'intero tragitto che paziente e analista percorrono insieme, dall'intervista iniziale al termine dell'analisi, si rende necessario relegare in secondo piano la maggior parte degli eventi che accadono nel suo svolgimento. Ci dobbiamo limitare all'essenziale, per poter arrivare rapidamente a prendere in considerazione la funzione e la problematica dei modelli di processo: gli eventi non sono importanti di per sé, ma lo diventano attraverso il significato che vi si conferisce. Ciò che uno psicoanalista ritiene essenziale nel corso della terapia dipende dalla rete di significati che egli ha interiorizzato in relazione all'organizzazione e al decorso del processo psicoanalitico. Quanto sia o debba essere esplicita e differenziata tale rappresentazione processuale, è una questione che per il momento possiamo rimandare. Adesso desideriamo solo sottolineare che il terapeuta non può né condurre né valutare un trattamento senza avere un modello dell'iter terapeutico, che gli fornisca indicazioni su come agire e sui criteri di valutazione.

Quello che si può dire sul processo psicoanalitico senza ricorrere a un modello di processo è poco. Per esempio Grinberg, Langer e altri (1968, p. 94) danno la seguente definizione: «Il processo psicoanalitico è una successione di cicli di cambiamento (...) nel paziente.» Di seguito aggiungono: «La durata di questi cicli dipende dal tipo di fenomeni che si *osservano* negli stessi e dalla caratteristica del *modo di vedere* dell'analista» (*ibid.*; corsivo nostro). Quindi già nella definizione del processo è implicito il modello che l'analista ha di esso. Affermano gli autori (*ibid.*): «Il processo analitico implica il progresso.» Come si definisca il progresso, secondo quali parametri, sono domande che fanno parte della materia di un modello, dato che il progresso si può pensare solo in termini di mete, mezzi e modi per raggiungerle, il che ancora una volta dipende dalle diverse concezioni. Se nella definizione di processo si include il progresso, restano esclusi tutti quei trattamenti il cui decorso non portò alla guarigione, dal momento che c'è stata un'evoluzione iatrogena. In questo senso Baranger, Baranger e Mom (1983, p. 14; corsivo nostro) affermano: «Il progresso vero, in psicoanalisi, risulterà dallo studio dell'esperienza clinica fino alle sue frontiere, ai suoi limiti estremi, ai suoi fallimenti. Perciò concentriamo la nostra ricerca sul processo psicoanalitico fallito, lì dove il processo inciampa e si arresta.»

Dall'altro lato, Bleger (1967) afferma che, implicito nel concetto di processo, cioè nell'idea dei cambiamenti nel tempo, c'è il concetto di «non-processo», che include tutti quei fenomeni che non cambiano durante il processo, cioè che sono costanti, a differenza delle variabili processuali. A partire da questo «non-processo», Bleger definisce la cornice o il contesto entro cui si sviluppa il processo. Klimovsky (1982, cit. in Etchegoyen, 1986, pp. 491 sg.) presenta quattro accezioni del concetto di «processo analitico». Le prime due includono il riferimento al tempo e ai cambiamenti che procedono in un senso determinato. La terza include l'idea di un accadimento causale, dove gli stadi antecedenti determinano quelli successivi. Questa nota sulla continuità genetica (Riviere, 1936; Isaacs, 1948) è, come vedremo, alla base di quasi tutti i modelli di processo. È qui che i modelli corrono il rischio di diventare *prescrittivi* e smettere di essere utili per descrivere il processo di cambiamento. Infine, il concetto di processo implica anche la partecipazione dell'analista alla determinazione del corso che prendono i cambiamenti. Tuttavia, che cosa si intende per partecipazione o fin dove arriva l'influenza dell'analista nel processo complessivo, è qualcosa che dipende strettamente dalla teoria a cui si fa riferimento. In tutto questo volume abbiamo accennato qui e là alla discussione sulla natura bipersonale della relazione analitica e sul contributo dell'analista al processo. A questo punto e in base a questa discussione, risulta chiaro che, ancora una volta, non si può definire il processo psicoanalitico senza far riferimento alle rappresentazioni e ai modelli che l'analista ha di esso.

Le rappresentazioni che l'analista ha del processo esercitano un'importante funzione regolatrice nel trasformare gli obiettivi terapeutici in interventi. Quindi il modo in cui si concepisce il processo non è qualcosa di teorico e di astratto. Al contrario, in un modo più o meno elaborato, è un elemento della pratica giornaliera di ogni terapeuta. Qui iniziano le differenze qualitative tra le rappresentazioni processuali maggiormente implicite e i modelli elaborati: tanto meno un modello è esplicito o è formulato in maniera generale, più facilmente eviterà osservazioni critiche. Questo spiega anche perché i modelli che spesso vengono tramandati da una generazione all'altra sono formulati in maniera così generale da non poter essere contraddetti da alcuna considerazione. Tuttavia, è da vedere se tali modelli sono adeguati all'oggetto a cui si riferiscono. In questo senso, uno dei fattori decisivi è la posizione che hanno queste idee sul processo se poste su una scala rispetto al «grado di complessità» e al «grado di inferenza»: noi saremmo dell'idea di attribuire lo status di modello alla concezione che si colloca nelle vicinanze dei poli «complesso» (in opposizione a «non differenziato») e «inferenziale» (in opposizione a «osservabile»).

Per Klaus e Buhr (1972, p. 729), un modello è

un oggetto che è introdotto e usato da un soggetto in base a un'analogia strutturale, funzionale o comportamentale con l'originale corrispondente, con lo scopo di risolvere un determinato compito

(...) L'uso di un modello è particolarmente necessario per giungere a nuove conoscenze sull'oggetto originale in certe situazioni.

Il concetto di modello che è alla base di questa definizione trae le sue origini dal campo delle scienze naturali e dalla tecnica; dalle seguenti affermazioni di Klaus e Buhr (*ibid.*, p. 730) la cosa diventa chiara:

È comune a tutti i modelli il non poter essere creati (scelti o prodotti) arbitrariamente, senza che siano subordinati alla propria intrinseca legittimazione, che è l'oggetto reale di analisi per il soggetto nell'esperimento modello, nella conoscenza, nell'adattamento comportamentale ecc.

Questa definizione del concetto di modello non può essere applicata ai modelli di processo psicoanalitico. Il modo in cui si ottengono le conoscenze, nella pratica clinica dell'analista che agisce come osservatore partecipante, si differenzia chiaramente dal procedimento delle scienze naturali: in queste il ricercatore non modifica certo l'oggetto osservato, l'influenza dell'osservatore sull'oggetto avviene solo come parte di un esperimento controllato. Più importante ancora è il fatto che il ricercatore, come persona che esercita un'influenza, non fa parte dell'oggetto di studio (vedi sopra, 3.1). Anche se questa posizione epistemologica è messa sempre più in discussione, come ad esempio nella fisica moderna, permangono differenze qualitative tra le modalità del conoscere di uno scienziato e quelle di uno psicoanalista. L'analista si avvicina al suo oggetto, il processo analitico, con una determinata rappresentazione di modello, e influenza con le sue aspettative l'accadere degli eventi che sono in sintonia con tale modello. Così, l'analista che vede la terapia come una sequenza di fasi dai contenuti predeterminati focalizzerà la sua attenzione sugli elementi che segnano il passaggio da una fase all'altra. Nello stesso tempo, osserverà con maggiore attenzione quelle affermazioni del paziente che concordano con il suo modello. Ciò probabilmente determina la direzione che il processo prenderà, anche se l'analista innocentemente crede di essersi limitato a osservarlo. In questo modo, nel suo agire terapeutico, egli converte il suo modello di processo da descrittivo, come egli lo ritiene, a prescrittivo.

Non vogliamo sottolineare tale procedimento perché lo consideriamo riprovevole, ma al contrario: l'analista non ha altra alternativa che intendere il processo terapeutico in base al modello a cui fa riferimento, dedurne delle ipotesi e portare avanti la terapia secondo tali ipotesi. Il punto critico non consiste nel fatto che l'analista trae indicazioni sul modo di comportarsi dal suo modello di processo, ma nel fatto che le considera come rigide prescrizioni.

Nelle nostre riflessioni sulle regole e le strategie terapeutiche (vedi sopra, capp. 7 e 8) attribuiamo una grande importanza alla distinzione fra strategie stereotipate e strategie euristiche. Anche i modelli di processo possono essere applicati dall'analista in maniera stereotipata, cioè come se fossero algoritmi. Un algoritmo è una norma che indica in maniera precisa i singoli passi e la loro sequenza, e che, se seguita in modo corretto, porta inevitabilmente allo

scopo perseguito. I modelli di processo non possono e non devono avere questa funzione di «ricetta»: la loro applicazione deve essere sempre euristica e creativa (Peterfreund, 1983). Un modello può essere utilizzato come algoritmo se e quando è onnisciente, una condizione che con ogni probabilità non sarà mai soddisfatta in relazione al processo psicoanalitico. I modelli processuali suggeriscono come organizzare l'informazione diadico-specifica altamente complessa, accumulata durante un lungo periodo. Certamente la forma di organizzazione scelta deve essere continuamente verificata per vedere se può integrare nuove informazioni.

L'analista deve porre un'attenzione particolare all'informazione che non quadra con il suo modello. Nella gran quantità di materiale che ha a disposizione l'analista potrà sempre trovare delle conferme, senza che questo significhi qualcosa al fine della comprensione del processo. Al contrario l'informazione che non può essere integrata con il modello serve da incentivo per modificare il modo di intendere il processo analitico, fino a renderlo compatibile con la nuova informazione. In questo modo, l'immagine nella testa dell'analista si avvicina, gradualmente, al suo oggetto.

Conosciamo bene il costo dello sforzo mentale e il peso emozionale derivanti dall'ammettere che la concezione del processo analitico di solito applicata è inutilizzabile, provocando così intenzionalmente l'insicurezza che certamente consegue a tale presa di coscienza. Dopo tutto una delle funzioni essenziali dei modelli di processo è di portare ordine nella molteplicità delle informazioni, di guidare la percezione e la condotta del terapeuta e garantire così la continuità delle sue modalità terapeutiche. Si può facilmente comprendere che nessuno può desiderare di perdere questo appoggio, neanche temporaneamente. Perdere per un breve periodo di tempo l'orientamento è facilmente tollerabile se si è abbandonata l'idea seduttiva che esiste un modello processuale «vero» rispetto ad altri che sarebbero invece «falsi». Noi siamo dell'idea che la nozione di modello vero di processo sia fasulla come lo è l'idea di un vero processo psicoanalitico che segua leggi naturali e regolarità immanenti, tutte le volte che l'analista non lo disturbi. I modelli processuali hanno un impatto diretto sulla terapia. Il fatto quindi che l'analista aderisca all'idea erronea del processo «naturale», o che invece consideri il trattamento come un processo di negoziazione specificamente diadico, ha conseguenze reali per il paziente. Da quest'ultima affermazione deriva, come conseguenza logica, l'esigenza dell'analista di verificare costantemente la compatibilità tra le sue supposizioni e le osservazioni dell'interazione in ogni singolo caso.

In prima istanza, dipende dall'analista come individuo il ritenere (erroneamente) il modello processuale una realtà e orientare di conseguenza i propri interventi in modo stereotipato, o piuttosto considerare tali interventi un ausilio fondamentale per l'organizzazione del processo. Il modello di processo può essere riconsiderato così velocemente come è stato adottato qualora strategie

euristiche apportino informazioni incompatibili con esso. Naturalmente esistono alcune caratteristiche dei modelli che favoriscono una comprensione *stereotipata*, mentre altre invitano più facilmente all'applicazione di strategie *euristiche*. Per questo motivo, desideriamo portare avanti la discussione nella prospettiva delle diverse caratteristiche dei modelli processuali.

9.2 *Caratteristiche dei modelli di processo*

Come abbiamo già spiegato, non si tratta di separare i modelli veri da quelli falsi. Il problema è invece verificare se i diversi modelli di processo sono adatti per dedurre strategie effettive di azione terapeutica. In questo senso, il criterio centrale è, secondo la nostra opinione, costatare fino a che punto un determinato modello parte dalla supposizione che un processo psicoanalitico segua un decorso *quasi* naturale. Non si può evitare che tali modelli portino a un'applicazione stereotipata, dal momento che essi stimolano l'analista a orientarsi rigidamente secondo il decorso naturale sperato. Le osservazioni che non concordano con il decorso conforme al modello vengono trascurate o interpretate come manifestazioni di resistenza.

Questo riguarda anche il modo di gestire i commenti del paziente da parte dell'analista, come testimonianze di una mancata comprensione o accettazione delle interpretazioni dell'analista. Se il rifiuto di un'interpretazione viene interpretato sulla base dell'ipotesi non compresa o rifiutata dal paziente (rifiuto che quindi viene inteso come resistenza) l'analista resterà fedele ai suoi preconcetti e il paziente si vedrà privato della possibilità di correggerli. Anche se il concetto di resistenza ha un valido fondamento (vedi sopra, cap. 4), si deve poter ammettere l'eventualità che il rifiuto di un'interpretazione da parte del paziente, nella comunicazione quotidiana della situazione analitica, sia una confutazione appropriata (Thomä e Houben, 1967; Wisdom, 1967).

Tra i modelli che presuppongono un decorso «naturale» del trattamento, assumono una posizione di rilievo quelle descrizioni, peraltro piuttosto diffuse, che ritengono il processo terapeutico analogo allo sviluppo infantile precoce. In seguito (9.3) presenteremo e discuteremo il modello di Fürstenau (1977), che si può considerare paradigmatico di questo tipo di modelli di processo. Il presupposto comune di tali modelli è che il paziente progredisce nel corso della terapia da tappe più primitive a tappe più evolute di sviluppo. Che nella realtà non avvenga necessariamente così lo possiamo desumere da una descrizione di Balint (1952) di una «fase speciale nel trattamento analitico»: «In alcuni casi in cui l'analisi aveva già fatto dei passi avanti, cioè verso la fine della cura, i miei pazienti cominciarono, all'inizio molto timidamente, a desiderare, a sperare e poi a esigere, alcune semplici gratificazioni dal proprio analista, e non solo da lui.» I pazienti di cui parla Balint sono in grado di affrontare nella terapia i propri presupposti patogeni di base, secondo la definizione di Weiss e Sampson (1984),

solo dopo aver elaborato i conflitti edipici primari e aver quindi raggiunto un rafforzamento dell'Io e una migliore sicurezza. Secondo una proposta di Meyer (comunicazione personale) possiamo definire questo modello il «modello cronologico-retrogrado».

Le idee del paziente sul processo terapeutico, che potremmo anche chiamare le teorie del profano, hanno un loro valore in questa discussione; nella loro molteplicità e plasticità metaforica, riflettono piuttosto bene la dimensione del vissuto del processo. Ad esempio alcuni pazienti parlano dell'analisi come dell'esplorazione di una casa. Questa metafora invita a riflettere sull'architettura interna di un edificio. Se è vero che un architetto esperto, in base a un'attenta osservazione dell'esterno, è in grado di intuire molto sulla pianta interna di una casa, solo entrando egli può correggere le sue supposizioni riguardanti la distribuzione e la disposizione degli spazi e dei mobili e il loro uso. È chiaro che le case hanno molte cose in comune, che possiamo dedurre grazie alla nostra conoscenza sulla loro costruzione e sulla loro funzione. Così anche lo sviluppo psichico dell'uomo avviene inevitabilmente attraverso determinati stadi, che molti autori hanno descritto (ad esempio Erikson, 1959). Acquisiamo la nostra struttura psichica attraverso la risoluzione dei compiti psicologico-evolutivi che tutti gli uomini si trovano a dover affrontare: separazione dalla simbiosi, triangolazione, configurazione edipica, processi di maturazione del periodo di latenza e dell'adolescenza ecc. Si arriva quindi a diverse interiorizzazioni, con i corrispondenti effetti di contenuto sulle formazioni dell'Io e del Super-io. Quanto siano accessibili queste strutture al lavoro terapeutico dipende da una molteplicità di fattori individuali che interagiscono con la tecnica, e che riassumiamo con i concetti di difesa intrapsichica e adattamento psicosociale (vedi il modello diagnostico tridimensionale di Mentzos, 1982, p. 109).

Considerare il processo terapeutico come parallelo allo sviluppo infantile precoce è spesso certamente corretto e può essere una guida fruttuosa per gli interventi. Il problema si presenta quando la sua utilizzazione è scarsamente flessibile, per esempio quando l'analista trascura il fatto che il processo terapeutico, nel modo in cui vi si conforma il paziente, differisce dalle prime esperienze infantili in alcuni punti essenziali, in particolare nella qualità dell'esperienza soggettiva. Le esperienze precoci *non possono* essere rivissute in maniera autentica; il processo terapeutico ha sempre a che fare con la varietà delle esperienze sovradeterminate dell'adulto. Un modello di processo orientato allo sviluppo psicologico deve rendere giustizia a tali esperienze.

La componente seduttiva di questi modelli risiede nella convinzione, come già abbiamo detto, che le fasi individuali seguono apparentemente una sequenza obbligata. La conseguenza può essere che l'analista elabori e usi *solo* l'informazione che quadra maggiormente con la fase in cui si ritiene che il paziente stia «transitando». Così si può *creare* interattivamente una fase dopo l'altra e interpretare la loro sequenza come una regolarità immanente al pro-

cesso. La concezione del processo come una sequenza di fasi, dove la fase precedente è il presupposto per quella successiva, si basa sul *principio della continuità genetica*, formulato nel 1936 da Joan Riviere e sviluppato da Susan Isaacs (1948), come «strumento concreto di conoscenza» analitica, cioè come presupposto di base per organizzare i fenomeni di osservazione, come «modello di lavoro». In base a tale modello (*ibid.*, p. 78; corsivo nostro),

non accettiamo un fatto particolare di comportamento o di processo mentale *sui generis*, come un fatto scontato o improvvisamente emergente, senza considerarlo come un item di una *serie in sviluppo*. Cerchiamo di ricostruire [la serie in sviluppo] a ritroso, dalle tappe più primitive e rudimentali, fino alle forme più germinali; allo stesso modo dobbiamo considerare i fatti [osservati nella situazione analitica] come manifestazioni di un *processo di crescita* che deve essere seguito fino a fasi avanzate posteriori e più sviluppate.

Anche se il principio di continuità genetica ha un buon fondamento nell'opera di Freud (di fatto il modello freudiano di sviluppo psicosessuale, con tutti gli annessi e le modificazioni posteriori, sarebbe incomprensibile senza tale principio organizzatore), quando si tratta di rendere giustizia alla complessità del processo psicoanalitico è necessario contrapporvi un altro principio, che allo stesso modo trae origine da Freud anche se è stato molto meno studiato e, dobbiamo dirlo, è molto più enigmatico: il principio dell'effetto di significazione retroattivo, di ciò che è attuale sul passato (*Nachträglichkeit*). In questo senso, Baranger, Baranger e Mom (1983) sono dell'opinione che il pregiudizio della perfetta continuità tra psicoanalisi e psicologia evolutiva, e della necessaria coincidenza delle descrizioni fatte in entrambi i campi,

sacrifica totalmente il concetto freudiano di *Nachträglichkeit*, secondo cui un evento non costituisce una causa determinante per una serie di eventi ulteriori ma è l'evento iniziale che assume un suo significato *in virtù* degli effetti retroattivi di eventi posteriori. Se si prende sul serio il termine freudiano *Nachträglichkeit*, la discontinuità della psicoanalisi rispetto a qualsiasi psicologia evolutiva non può non essere evidente. È chiaro che ciò non implica alcun tipo di critica di base ai risultati della psicologia evolutiva. Tuttavia è una critica al concetto contraddittorio del punto di vista «storico-genetico» sostenuto da alcuni autori (ad esempio Rapaport, 1933; Gill, 1956, e altri).

Ci scontriamo così con un complicato problema epistemologico che riguarda la temporalità del processo psicoanalitico. Nei modelli che si basano sull'idea che il processo psicoanalitico segue una crescita naturale, lo sviluppo del paziente occupa logicamente il centro dell'attenzione. Se, al contrario, si considera il trattamento psicoanalitico come diadico-specifico, cioè come un processo di negoziazione interazionale (vedi oltre, 9.4), il contributo del terapeuta in tale direzione diventa molto importante.

Un altro criterio essenziale per la valutazione dei modelli di processo emerge dalla risposta alla seguente domanda: che cosa dice il modello del ruolo dell'analista? Che funzione gli si attribuisce nella configurazione del processo? In termini generali si può supporre che quanto più «naturale» è la

concezione del processo, tanto meno ci sarà da dire sul ruolo che l'analista assume in esso (e sulla responsabilità che egli assume con tale ruolo). In casi estremi l'analista compie la sua funzione solo prendendo atto delle regolarità postulate dal modello e non turbando lo svolgimento del processo. In queste circostanze l'applicazione di strategie euristiche da parte dell'analista non è necessaria, né tantomeno desiderabile. In ogni modo, il comportamento dell'analista non riguarda principalmente il paziente, ma più esattamente la sua visione «naturalistica» del processo, che di regola egli cerca di sostenere con la neutralità e con le interpretazioni. Come logica conseguenza, all'interno di un tale modello di pensiero ha un ruolo essenziale la domanda se il paziente che l'analista ha incontrato nella prima intervista sia o meno adatto a un tale processo, che non può essere modificato dall'analista, dal momento che il suo corso è determinato dalla sua «stessa natura». Un'indicazione adattativa, come quella che abbiamo sostenuto (vedi sopra, cap. 6), non è possibile in queste circostanze, perché esige una grande flessibilità da parte dell'analista, il quale deve essere in grado di rivestire ruoli diversi come partner nell'interazione. Abbiamo citato un caso estremo con lo scopo di mettere in guardia di fronte a un pericolo che assume proporzioni maggiori se l'analista concepisce il processo analitico come una «crescita naturale»: si tratta del rischio che l'analista si sottragga al proprio obbligo di portare avanti una configurazione del processo terapeutico responsabile e flessibile e, in questo modo, classificare un numero sempre crescente di pazienti, falsamente, come non analizzabili.

Ricordiamo la posizione di Menninger e Holzman (1958) come esempio di processo analitico che quasi non specifica il ruolo dell'analista. I due autori parlano di un modello di processo secondo il quale un paziente adatto fa un contratto con l'analista e alla fine di un processo tipico modifica la sua struttura psichica e risolve il transfert. A dire il vero un modo tale di vedere le cose è stato confutato nelle ricerche catamnestiche di Schlessinger e Robbins (1983): la risoluzione del transfert alla fine di un trattamento riuscito è un mito; al contrario, invece, anche pazienti analizzati con successo mostrano in interviste catamnestiche chiare manifestazioni di transfert. Per Menninger e Holzman l'analista sembrerebbe non essere altro che un accompagnatore paziente e solitamente silenzioso, che con la sua amabilità convince il paziente che il transfert d'amore e di odio non ha alcun fondamento attuale.

Questa immagine di un processo psicoanalitico purificato dalla persona reale dell'analista comporta l'aspettativa di un analista medio e di un paziente idoneo. A prescindere dal fatto che questa coppia immaginaria non esiste, una concezione così formulata impedisce l'ingresso nella situazione analitica di quelle conoscenze delle scienze sociali che riguardano l'essenza della relazione terapeutica. I problemi urgenti della tecnica psicoanalitica non si possono risolvere proponendo, come reazione a questa crisi di identità,

concezioni tecniche sempre più rigide. Riserviamo invece all'analista un ruolo centrale codeterminante nel processo terapeutico, ruolo che prende forma con una modalità diadico-specifica, cioè dipendente dalle personalità dell'analista e del paziente. Questa concezione del ruolo del terapeuta è incompatibile con una concezione naturalistica del processo psicoanalitico.

Si contrappongono dunque due diverse concezioni del processo psicoanalitico, che però non sembrano essere molto più di una professione di fede. In ultima istanza, solo l'osservazione del processo psicoanalitico può fornire un'informazione adeguata sui modelli processuali. Il prerequisito è una formulazione dei modelli di processo che permetta una loro verifica o eventualmente un loro rifiuto, con l'ausilio dell'osservazione. Consideriamo la questione della validazione empirica dei modelli processuali un criterio importante per la valutazione di modelli diversi, la cui utilità in definitiva può essere determinata solo percorrendo questa via.

Il presupposto fondamentale è che i modelli vengano resi il più possibile espliciti. Più i modelli di processo sono formulati in concordanza con l'osservazione, più chiare saranno le ipotesi operative deducibili e che si possono verificare con risultati osservabili nelle sedute. La verifica di ipotesi, ma soprattutto la raccolta di informazioni incompatibili con il modello, deve essere possibile. Ciò significa che i modelli che facilmente possono spiegare a posteriori anche il contrario di quello che si era pronosticato inizialmente sono inutilizzabili. Ma proprio nell'elaborazione delle teorie psicoanalitiche c'è la tendenza a concepire questa sorta di modelli inconfutabili. Ciò risulta sicuramente dallo smarrimento che rischia di cogliere l'analista di fronte a un oggetto di studio altamente complesso. Se il comportamento umano è sovradeterminato e se la lotta tra desiderio e difesa si mantiene in sospeso, allora è arrischiato pronunciare giudizi. Il rischio aumenta con l'aumentare del periodo per cui tale pronostico deve valere. Per questo la formulazione di modelli di processo risulta sempre essere un'impresa ardua; questi modelli devono, idealmente, fornire uno schema per classificare una grande quantità di eventi interattivi interdipendenti, senza che si conosca più in dettaglio il tipo di relazioni di dipendenza.

Ci sono due modi di immaginare come superare questa difficoltà. Il primo consiste nel formulare i modelli di processo in modo così astratto da risultare, in ultima analisi, universalmente validi e quindi irrefutabili, e rischia di condurre in un vicolo cieco. Questo modo di teorizzare distorce la visione di ciò che è nuovo, invece di migliorarla. Un esempio di generalizzazioni astratte lo si trova nell'apparente abilità di alcuni analisti di far rientrare un caso clinico in una struttura teorica più ampia dopo solo una breve presentazione, cosa che spesso è fonte di ammirazione nei seminari clinici. Il caso viene costretto a entrare nel letto di Procuste di una teoria e l'informazione che non combacia viene trascurata, mentre si ritiene che quella mancante sia compatibile con la teoria.

Un altro modo di trattare la complessità del processo psicoanalitico è non esigere che il modello comporti una concezione globale del processo. Riteniamo che in questo contesto un modo corretto potrebbe essere di proporre, inizialmente, ipotesi sotto forma di affermazioni del tipo «se... allora» riguardo ai diversi eventi che ricorrono nel corso della terapia. Sia gli elementi «se» che gli elementi «allora» devono essere specificati il più esattamente possibile per garantire la confutabilità delle ipotesi.

9.3 *Modelli del processo psicoanalitico*

In relazione al decorso completo del trattamento, le raccomandazioni tecniche di Freud per la sua conduzione sono più che altro indicazioni, intenzionalmente vaghe e indefinite. Nonostante tutta una serie di regole e strategie (vedi sopra, capp. 7 e 8) che si possono formulare, in esse non è possibile distinguere una concezione del processo che vada più in là della semplice denominazione delle fasi iniziale, media e finale dell'analisi, come notò Glover (1955). Abbiamo già menzionato Menninger e Holzman; a prescindere dalla valutazione della loro posizione, bisogna riconoscere che il tentativo di schematizzare una concezione del processo nella sua globalità fu un segnale di presa di coscienza del problema. Infatti la presentazione di questo modello, nel 1958, fu accolta molto positivamente. Lo sviluppo di una teoria della terapia psicoanalitica che fosse qualcosa di più di un inventario articolato di principi tecnici era un compito che non era più stato affrontato dalla presentazione di Bibring al congresso di Marienbad nel 1936. Il numero dei modelli di processo coerenti, capaci di raggruppare enunciati sugli aspetti parziali in una concezione globale, continua a essere limitato. Ciò probabilmente è in relazione alla preferenza, da parte di molti analisti, per una presentazione di tipo monografico dei casi (Kächele, 1981) e alla complessità stessa del tema. La seguente descrizione dei diversi tentativi di formulazione di modelli di processo riflette questo livello di sviluppo.

Un elemento comune delle diverse riflessioni sul processo si può individuare nel concetto di *fase*. La differenziazione di singole fasi di trattamento, a seconda dei contenuti che predominano, è un elemento comune nella descrizione di casi fatta da analisti in formazione, che si caratterizza inoltre per l'uso frequente di titoli immaginosi. Questo è anche l'approccio di Meltzer (1967), che descrive il processo che avviene in bambini sottoposti a un'analisi kleiniana tramite le seguenti fasi tipiche: *a*) la «realizzazione» del transfert; *b*) la differenziazione delle confusioni geografiche; *c*) la differenziazione delle confusioni zonali; *d*) alle soglie della posizione depressiva; *e*) il processo di svezzamento.

Questo susseguirsi di fasi, è secondo Meltzer, un *processo organico*, una «storia naturale», che avviene quando un trattamento è portato avanti seguendo alla lettera i metodi della Klein. La sequenza di stadi, dai più precoci ai più

evoluti, facile da capire nell'ambito di un'analisi infantile, diventa problematica quando si usa per intendere il processo analitico negli adulti. Quest'ultimo è illustrato dal modello di Fürstenau (1977) della «struttura processuale del trattamento psicoanalitico individuale non focalizzato». Questa struttura evolutiva emerge dall'interazione dei fattori dinamici della situazione analitica, che abbiamo già descritto in diversi modi.

Nel processo psicoanalitico dobbiamo distinguere due dimensioni, che nel loro intreccio costituiscono la struttura processuale. I due processi parziali sono così chiamati da Fürstenau (1977, p. 858):

- a) il processo di strutturazione graduale e di normalizzazione del Sé, con fasi ricorrenti di ricadute gravi in crisi regressive, che rendono manifesta la struttura, e il controllo delle crisi da parte dell'analista in modo supportivo-sostitutivo;
- b) il processo scenico di manifestare a strati le fissazioni caratteristiche sotto forma di analisi del transfert e della resistenza.

Ora presenteremo brevemente le sette fasi del modello di Fürstenau, per offrire al lettore un'idea del modello evolutivo e della relativa problematica. Ogni fase viene descritta dai punti di vista generali dell'«elaborazione dei modelli di relazione propri del paziente» e della «costruzione di nuovi modelli di relazione».

1. Nella prima fase il paziente attribuisce all'analista un ruolo materno; questi con il suo comportamento deve comunicare sicurezza al paziente.
2. Nella seconda fase il paziente manifesta la sua sintomatologia. Si interessa scarsamente della comprensione delle connessioni inconscie e fa esperienze importanti in relazione all'affidabilità e alla fermezza dell'analista.
3. Nella terza fase si arriva all'elaborazione degli aspetti negativi della relazione precoce con la madre.
4. Nella quarta fase avviene una conversione verso il Sé, con l'elaborazione della ferita narcisistica e della tematica dell'aggressività della prima fase della relazione madre-bambino; questo si accompagna a un miglioramento della sintomatologia depressiva diffusa. Nella relazione con l'analista il paziente esperisce che questi si interessa delle sue fantasie segrete senza essere importuno e senza creargli sentimenti di colpa per il suo ritiro narcisistico.
5. Nella quinta fase si profila l'identità sessuale, in maniera diversa a seconda che si tratti di pazienti di sesso maschile o femminile.
6. Questo tema continua anche nella sesta fase, la fase della triangolazione edipica.
7. La conclusione del trattamento nella settima fase è facilitata dallo sviluppo di nuove relazioni, che il paziente è stato capace di instaurare con sé stesso e anche con il partner. L'elaborazione del lutto diventa il punto centrale.

Fürstenau distingue due classi di disturbi psichici, che egli chiama le nevrosi con un Io relativamente forte e i disturbi strutturali dell'Io. Di quest'ultima

classe fanno parte pazienti psicotici, in ritiro narcisistico, asociali, tossicomani, perversi e psicosomatici. A differenza del trattamento dei pazienti con un Io intatto, che procede secondo le fasi descritte, in particolare nel primo dei due processi parziali precedentemente schematizzati, nel trattamento psicoanalitico non focale di pazienti con disturbi strutturali dell'Io avviene un intreccio di entrambi i processi parziali. Inoltre, per quanto riguarda l'ultimo gruppo, ci sono cambiamenti strutturali specialmente nelle prime tre fasi del trattamento. Ad esempio, nella prima fase l'analista deve accettare l'aumento delle funzioni sostitutive. Non c'è un chiaro passaggio alla quarta fase, e la seconda metà del processo è dominata dall'alternanza tra l'occuparsi di sé stesso e l'occuparsi degli altri da parte del paziente. «A ciò corrisponde una continua *alternanza* negli interventi dell'analista, tra l'elaborazione del transfert e della resistenza da un lato, e un rafforzamento del Sé del paziente dall'altro» (*ibid.*, p. 869).

A differenza del nostro modello di processo, che esporremo più avanti (vedi oltre, 9.4), la struttura evolutiva di Fürstenau si caratterizza per il suo contenuto fisso. Tale iter evolutivo ha di per sé una funzione terapeutica, perché trasmette allo psicoanalista una certa sicurezza. Fürstenau sviluppò questo modello sulla base della sua esperienza nell'ambito della supervisione clinica. Un aspetto importante dell'affinità con il nostro punto di vista è l'idea che il processo terapeutico consista in fasi che si caratterizzano per tematiche differenti. A nostro avviso, è meno esatta la supposizione che la sequenza delle fasi, in tutto il processo, si organizzi nel senso di una rielaborazione lineare dello sviluppo. Dal punto di vista delle scienze sociali è improbabile che l'esigenza di generalizzazione di questo modello possa essere rispettata; comunque sarebbe un notevole passo avanti nella descrizione del decorso e dei risultati di una psicoanalisi se fosse possibile presentare un esempio emblematico di un decorso terapeutico secondo il modello di Fürstenau.

Il vantaggio di questo modello consiste nel fatto che è in grado di adattare il metodo psicoanalitico alle caratteristiche reali di due grandi gruppi di pazienti. Ciò evita la continua ridefinizione dell'ambito d'azione di una «tecnica classica» definita in maniera più o meno rigorosa. Di conseguenza elimina la fonte delle controversie, negative per la psicoanalisi e per i pazienti, che generalmente portano a una limitazione della possibilità di applicazione della cosiddetta tecnica classica a pazienti con conflitti intrapsichici di livello edipico, rimandando gli altri a una psicoterapia psicoanalitica o alle cosiddette psicoterapie dinamiche, o che addirittura portano alla fondazione di nuove scuole per legittimare il trattamento di questi ultimi pazienti. Certamente orientarsi secondo il potenziale totale del metodo potrebbe finalmente portare a quella differenziazione che Freud (1918a) auspicava per i diversi tipi di malattia. Ciò implica la necessità di un certo grado di flessibilità, anche se, secondo noi, resta insufficiente, nel senso di un adattamento alle necessità del singolo paziente. Non è difficile riconoscere che nel suo modello di attività terapeutica Fürstenau

include l'ambito dei cosiddetti disturbi narcisistici, compreso il processo parziale «della strutturazione graduale e normalizzazione del Sé».

Kohut (1971, 1977) operò una distinzione fondamentale fra la tecnica basata sulla teoria delle pulsioni e la psicologia dell'Io, e la sua concezione dell'analisi e della guarigione del Sé. Il modello processuale di guarigione del Sé nel senso di Kohut presuppone le seguenti ipotesi sulla genesi dei disturbi nevrotici:

- 1) L'«oggetto-Sé» cerca sé stesso nell'altro.
- 2) In questa ricerca viene a mancare la risonanza empatica della madre. Il grado di mancanza di risonanza empatica determina in ultima analisi il deficit nel Sé. Nei casi favorevoli, la capacità empatica della madre (e, nella ripetizione, da parte dell'analista) è composta da varie fasi che determinano anche le forme del transfert: il transfert speculare, il transfert gemellare e il transfert idealizzato del Sé, che si possono definire come necessità umane basilari.
- 3) I deficit del Sé costituiscono la base fondamentale di tutti i disturbi. Nei suoi ultimi lavori Kohut considera anche la patologia edipica come derivante da una madre o da un padre poco empatici (1984). Secondo l'autore non ci sarebbe l'angoscia di castrazione con conseguenze patologiche se non esistesse un danno primario del Sé.
- 4) Dopo il superamento delle resistenze che si oppongono a nuove offese all'oggetto-Sé (ci si sente umiliati perché l'altro non è come lo si voleva), avviene una mobilitazione della «traslazione d'oggetto-Sé» con conflitti inevitabili nella relazione psicoanalitica. Il conflitto consiste da un lato nell'incessante bisogno di reazioni appropriate dell'oggetto-Sé, e dall'altro nella paura di subire un'offesa. Se il paziente si sente compreso, rivive nella «traslazione d'oggetto-Sé» bisogni arcaici e denegati dell'oggetto-Sé.
- 5) La relazione tra il Sé dell'analizzato e l'oggetto-Sé, cioè la funzione del Sé dell'analista, è inevitabilmente difettosa. Dal momento che i tentativi di ristabilire un'armonia empatica totale con l'analizzato sono destinati al fallimento, si arriva a regressioni del Sé con formazione di sintomi che si devono intendere come il prodotto della disintegrazione.
- 6) Tramite la risonanza empatica dovuta alla sua funzione di oggetto-Sé, l'analista avverte i bisogni legittimi, che si trovano sepolti dalle manifestazioni distorte. Egli chiarisce le sequenze degli eventi e corregge i propri fraintendimenti.
- 7) L'obiettivo del trattamento consiste nel permettere che «la funzione dell'oggetto-Sé, dell'oggetto-Sé analista, si trasformi in una funzione del Sé dell'analizzando» (Wolf, 1982, p. 312), cosa che si può definire come «interiorizzazione trasmutante». È essenziale che la crescente strutturazione del Sé non implichi dipendenza dagli oggetti-Sé ma, al contrario, porti a una migliore capacità di riconoscerli e di usarli.

L'applicazione di questa tesi al processo di una «classica nevrosi di trans-

fert», che secondo la definizione si può limitare ai conflitti edipici, porta alla seguente strutturazione di fasi (Kohut, 1984, p. 22):

- a) una fase di resistenze generalmente forti;
- b) una fase di esperienze edipiche nel senso tradizionale, dominata dall'esperienza di una forte angoscia di castrazione (complesso edipico);
- c) una fase di resistenze molto tenaci;
- d) una fase di angoscia di disintegrazione;
- e) una fase di ansia generalmente leggera, che si alterna con anticipazioni gioiose;
- f) una fase conclusiva, per la quale Kohut propone il termine di «stadio edipico» al fine di «indicare la sua importanza come stadio dello sviluppo affrontato in modo sano e gioioso, inizio di un Sé saldo, sessualmente definito, che punta verso un soddisfacente futuro creativo-produttivo» (*ibid.*, p. 44).

Kohut stesso afferma che la classificazione delle fasi si basa sul presupposto teorico che «il processo analitico proceda dalla superficie verso il profondo», per cui egli conclude che «lo svolgersi delle traslazioni durante l'analisi ci racconta la storia dell'infanzia, ma nell'ordine inverso» (*ibid.*). Lo scopo e il motore di questo processo è di mostrare al paziente che «un'eco confortante di risonanza empatica è realmente possibile in questo mondo» (p. 110).

In quest'ultima opera pubblicata postuma, Kohut non ha paura di citare il famoso anche se screditato termine «esperienza emotiva correttiva», termine concordante con la sua formulazione. Dopo tutto la controversia era legata all'uso manipolativo dell'esperienza emotiva, a discapito della rielaborazione. Nonostante tutte le modificazioni, Kohut si considerava, alla fine della sua vita, come un rappresentante della tecnica classica, dal momento che la neutralità e l'astinenza costituiscono i fondamenti della sua posizione, che è completata dalle interpretazioni (di transfert) dinamiche e dalle ricostruzioni genetiche.

La valutazione critica della teoria del Sé deve centrarsi sul fatto che l'artificio esplicativo utilizzato da Kohut in tutta la sua opera è una versione contemporanea del principio di sicurezza. Il desiderio pulsionale è stato sostituito dalla regolazione della relazione con l'altro significativo, che, pertanto, si concilia con la teoria del narcisismo.

Qui si incontrano i primi schemi di Balint sull'amore primario e le tesi socio-psicologiche di Cooley e Mead. Kohut rifiuta l'interazionismo simbolico, anche nella forma concepita da Erikson, per il suo notevole svantaggio sia teorico che pratico. A questo punto conviene citare anche i primi tentativi di integrazione dei processi di assimilazione e accomodamento di Piaget alla psicologia evolutiva psicoanalitica (Wolff, 1960; Greenspan, 1979, 1981). Le «psicologie psicoanalitiche delle relazioni oggettuali» non rendono giustizia alla capacità di interazione sociale. Nei primi sei mesi, il neonato impara «a invitare sua madre a giocare e poi a iniziare una relazione» (Stern, Beebe e altri, 1977). Applicando questa

nuova prospettiva al processo psicoanalitico, il problema della capacità di regolazione torna a essere il nucleo della riflessione, portando a una concezione del processo che, forse, supera l'unilateralità e la generalizzazione inutili del pensiero di Kohut, e che, inoltre, permette di riconoscere che Kohut scoprì un'importante fattore centrale, quando affermò che la regolazione della sensazione di benessere e di sicurezza è gerarchicamente superiore alla realizzazione di desideri particolari.]

L'esposizione del modello di processo di Moser, Zeppelin e Schneider (1981), che riportiamo più avanti, risente del fatto che la psicologia cognitiva resta un campo sconosciuto a molti psicoanalisti (Holt, 1964); si presenta quindi la difficoltà di elaborare le proposte fatte in tale modello in maniera compatibile con questo libro. Moser e colleghi presentarono un disegno teorico della regolazione dei processi mentali in cui descrissero le relazioni oggettuali, gli affetti e i meccanismi di difesa, con una terminologia normalmente impiegata nello sviluppo di modelli di simulazione computerizzata. In questo modello, la relazione analista-analizzando viene intesa come l'interazione di due sistemi di processo che obbediscono a regole di relazione esplicite o implicite. Per comprendere la discussione seguente è importante poter immaginare il concetto di sistemi di processo. Crediamo che sia utile caratterizzare il familiare modello strutturale psicoanalitico come un sistema di processo in cui interagiscono tre contesti di regolazione, cioè l'Io, il Super-io e l'Es. Per «contesto» si intende un raggruppamento debole di funzioni affettive e cognitive, che interagiscono tra di loro in una condizione di maggiore o minore tensione che richiama l'immagine di Waelder (1960) del traffico di frontiera, normale in tempo di pace ma vietato in tempo di guerra. Zeppelin (1981) sottolinea che il presupposto principale di un modello di processo consiste nel fatto che analista e paziente producono continuamente immagini (modelli) sullo stato del sistema di regolazione, sia proprio che dell'altro, e della presunta interazione tra i due. Una caratteristica fondamentale del modello consiste nel fatto che per la creazione e il mantenimento delle relazioni si stabilisce un contesto di regolazione particolare che contiene i desideri e le regole necessarie per la sua realizzazione. Le regole di relazione contengono anche quelle regole che fanno parte dello *hardware* comunicativo della regolazione dell'interazione, e che dovrebbero essere classificate come facenti parte della «pragmatica universale» di Habermas. Queste regole di interazione hanno un interesse terapeutico quando sono notevolmente disturbate e si manifestano come fenomeni patologici. In generale, le regole di relazione rilevanti per il Sé hanno un significato clinico per la loro importanza nel mantenimento della stabilità di tutto il sistema di regolazione. A esse si subordinano gerarchicamente le regole di relazione importanti per l'oggetto, che seguono le regole di relazione determinate socialmente. Una prima concezione del transfert risulta dalla differenziazione dei due insiemi di regole: il transfert avviene solo dove sono in gioco regole di relazione rilevanti per il Sé.

Il processo terapeutico si mette in moto perché l'analizzando ricorre alla capacità di regolazione dell'analista; lo fa a seconda delle modalità del proprio sviluppo psicologico. Il compito del processo terapeutico consiste nel chiarire le aspettative inconscie che l'analizzando ripone nell'aiuto dell'analista. Per fare questo nel modello si definiscono quattro funzioni principali della relazione terapeutica (Zeppelin, 1981):

- a) ampliamento del processo affettivo-cognitivo di ricerca in relazione all'attività di regolazione, in particolare nel senso di ampliamento delle capacità autoriflessive;
- b) costruzione ed esercizio di un modello *ad hoc* di relazione tra analista e analizzando; nel «qui e ora» si acquista una migliore competenza interattiva, che in un secondo tempo deve essere trasferita alle relazioni reali al di fuori dell'analisi;
- c) modificazione graduale dell'interazione terapeutica nel senso di una distribuzione corretta della regolazione tra analista e analizzando;
- d) modificazione del sistema di regolazione dell'analizzando con una migliore differenziazione delle funzioni autoriflessive.

L'analisi del transfert e del controtransfert nasce dall'applicazione di queste quattro funzioni principali alla relazione terapeutica. I processi risultanti passano per diverse fasi in cui vengono rielaborati più volte i vari punti focali (vedi oltre, 9.4). L'insight può essere descritto come la costruzione graduale di «modelli di approssimazione» che devono essere acquisiti attraverso un procedimento ripetitivo. Senza addentrarci oltre le possibilità di descrizioni e di esposizioni diversificate offerte da questo modello formalizzato, vogliamo sottolineare il significato centrale del concetto di «competenza di regolazione» il cui compito strategico e tattico si trova al centro dell'ipotetico «processore soggettivo». Anche quando le immagini terminologiche sembrano estranee, esse descrivono in forma perfetta il concetto di *sicurezza* che possiamo identificare nel modello di processo del Mount Zion Psychotherapy Research Group diretto da Weiss e Sampson, che esporremo qui in breve.

In una serie di studi realizzati a partire dal 1971, questo gruppo ha progettato, sulla base di una concettualizzazione empiricamente e teoricamente elaborata dell'analisi della difesa, nuovi approcci alla verifica empirica. Senza discutere nei dettagli le configurazioni psicodinamiche descritte empiricamente, il gruppo considera il corso del trattamento psicoanalitico come un conflitto tra la necessità del paziente di esprimere nel transfert le sue convinzioni patologiche inconscie e lo sforzo dell'analista volto a superare queste situazioni critiche, chiamate «prove» (*tests*), in modo tale che il paziente non riceva una conferma delle sue aspettative negative. Se il risultato della prova è positivo, il paziente è sicuro che i suoi schemi di convinzioni, che consistono in modelli infantili di desiderio e di difesa, non sono giustificati, e può così disattivare la loro funzione regolatrice. Questa visione dedotta dall'analisi critica della teo-

ria della difesa, che Freud dapprima riferì alla pulsione e poi alla psicologia dell'Io, la possiamo trovare nelle opere di Loewenstein (1969), Kris (1950), Loewald (1975) e Greenson (1967). Elemento precursore del concetto di prova fu l'indicazione da parte di Freud (1938, p. 626) che l'attività dell'Io consiste nell'interpolare, «fra la pretesa pulsionale e l'azione di soddisfacimento, l'attività di pensiero; quest'ultima, dopo essersi orientata nel presente e aver utilizzato le esperienze del passato, si sforza, procedendo per prove ed errori, di indovinare le conseguenze delle iniziative progettate». Ciò venne applicato da Weiss (1971), il teorico del gruppo Mount Zion, alla situazione di transfert; Rangell (1971) e Dewald (1978) hanno espresso analoghe considerazioni.

Il decorso di un trattamento psicoanalitico può essere quindi considerato come una sequenza di «prove», in cui i temi specifici di ciascun paziente vengono successivamente messi alla prova ed elaborati. Il merito di Weiss e Sampson consiste nell'aver sperimentato empiricamente questa ipotesi di processo, in contrapposizione alla tesi della frustrazione. Anche se entrambe le concezioni considerano decisivi gli stessi segmenti del trattamento, la forza prognostica della tesi di Weiss e Sampson dimostra di essere molto superiore a quella della tesi della frustrazione. Il progresso del trattamento può essere considerato una diretta conseguenza della confutazione positiva dei presupposti patogeni inconsci. Inoltre si è potuto dimostrare che, anche senza interpretazioni esplicite, possono emergere contenuti rimossi, senza angoscia, quando il clima del trattamento offre al paziente la sicurezza che egli ritiene necessaria (Sampson e Weiss, 1983).

Sebbene i processi qui analizzati comprendano solo un segmento di un accadimento complesso, il gruppo Mount Zion concettualizzò e studiò empiricamente un tema centrale. Per un modello più ampio manca comunque un'elaborazione esplicita della meta del processo nel suo insieme, poiché sono stati presi in considerazione solo fatti isolati. In linea con questo modello di processo, si potrebbe supporre che una terapia si completi in maniera soddisfacente quando sono state confutate tutte le ipotesi patologiche del paziente. Questo obiettivo utopistico fa emergere la domanda di quali siano le ipotesi patologiche del paziente attualizzate in un processo così concreto da cadere nel calderone del transfert.

Secondo Sampson e Weiss i passaggi formali che caratterizzano il corso del trattamento si presentano in ogni terapia e in ogni momento, essendo indipendenti dal fatto che l'analista segua o meno tale teoria. Il modello esige per sé una validità generale, che non può essere modificata né dal tipo di nosologia del paziente in questione, né dallo stadio della terapia, né tantomeno dal modo tecnico di procedere del terapeuta. Anche all'interno del processo terapeutico si tiene conto solo di un aspetto, cioè del tentativo del paziente di indurre l'analista a comportarsi in un determinato modo, e della corri-

spondente reazione dell'analista. Apparentemente il processo complessivo si considera come una serie di queste sequenze nel corso della terapia. L'unica distinzione che si fa è tra gli effetti, a lungo e a breve termine, della confutazione delle ipotesi. Un effetto immediato è che l'angoscia del paziente diminuisce: lo si vede più rilassato, più attivo nel lavoro analitico e in grado di affrontare con più coraggio i suoi problemi. Si considera invece un effetto a lungo termine l'emergere di nuovi ricordi./

È auspicabile che il modello venga specificato e dotato di ipotesi ulteriori, e che gli autori cerchino di integrare in esso nuove osservazioni cliniche e risultati della ricerca processuale. In questo modo aumenterebbe la probabilità che il modello soddisfi la complessità del processo analitico, anche se la sua suggestiva semplicità potrebbe risentirne.

9.4 Il modello di Ulm

Lo sviluppo della tecnica psicoanalitica mostra sin dall'inizio due tendenze antagoniste: una verso l'uniformità metodologica e l'altra verso una variazione sindrome-specifica della tecnica. Rispetto al tema dell'*attività terapeutica* Freud (1918a, p. 25) parla di modificazioni della tecnica nelle fobie e nelle nevrosi ossessive: «Un ultimo tipo di attività, completamente diverso, ci è imposto dalla sempre più chiara consapevolezza che le diverse forme patologiche di cui ci occupiamo non possono essere curate tutte quante con la stessa tecnica.» Oggi, la teoria generale e specifica delle nevrosi ha sviluppato diverse ipotesi sulla genesi delle malattie psichiatriche e psicosomatiche, con un grado maggiore o minore di fondamento empirico. Se desideriamo fare una diagnosi e una prognosi applichiamo la nostra imprecisa conoscenza riguardo a quello che dovrebbe succedere nella psicoanalisi di una nevrosi d'ansia, di un'anorexia mentale, di una depressione reattiva ecc., con lo scopo di ottenere un miglioramento dei sintomi o una guarigione.

Il processo terapeutico comincia prima della prima seduta. Già l'avvicinamento di un potenziale paziente, il modo di chiedere un appuntamento e di accordarsi sull'orario, costituiscono un profilo iniziale del trattamento, definendo quindi un primo risultato dell'«introduzione del trattamento». Già a questo livello iniziale emerge la domanda su quanta franchezza e flessibilità può usare l'analista nel gestire la situazione, per convertirla in una situazione più tipicamente analitica. La fase conclusiva di un processo terapeutico significa doversi confrontare con temi come la separazione e il congedo, possibilmente in maniera positiva per lo svolgersi favorevole della specifica relazione. Perciò il nostro punto di partenza per comprendere il processo è la differenza, ma anche la somiglianza, tra la fase iniziale e quella conclusiva. Noi intendiamo la nevrosi di transfert come una *rappresentazione interazionale* (Thomä e Kächele, 1973) dei conflitti intrapsichici del paziente nella relazione terapeutica, la cui

concreta configurazione è una funzione del processo analitico. Questa configurazione è unica per ogni diade, motivo per cui la psicoanalisi, a tutto diritto, può essere classificata come scienza storica, anche se permette, a un livello di astrazione superiore, l'identificazione di paradigmi evolutivi tipici. Le semplificazioni che si possono effettuare implicano certamente il rischio di trascurare il contributo dell'equazione personale del terapeuta e il suo orientamento teorico in tale sviluppo. La possibilità di realizzare una strategia di trattamento sindrome-specifica dipende da numerosi fattori imponderabili sui quali l'analista non ha influenza. Così può capitare che alcuni avvenimenti nella vita del paziente creino condizioni nuove che rendono necessaria la modificazione della strategia.

Pertanto, affinché un modello di processo sia utile, deve essere in grado di combinare una flessibilità orientata verso il singolo paziente con una regolarità che strutturi la situazione terapeutica. Cercando di essere in linea con tale esigenza, basiamo il nostro modello di processo sui seguenti assiomi:

1. L'associazione libera del paziente di per sé non porta alla scoperta degli aspetti inconsci del conflitto.
2. Lo psicoanalista fa delle scelte secondo i suoi scopi tattici di breve portata e le sue mete strategiche di portata più ampia.
3. Le teorie psicoanalitiche servono per formulare ipotesi che devono essere messe alla prova tramite tentativi ed errori.
4. L'utilità del mezzo terapeutico si misura dal cambiamento che si cerca di ottenere nel paziente; se tale cambiamento non avviene bisogna modificare i mezzi.
5. I miti dell'uniformità in psicoanalisi e in psicoterapia causano autoinganni.

In questa esposizione diventa chiara la nostra concezione della terapia psicoanalitica come processo terapeutico diretto in maniera strategica. Questa visione delle cose è sicuramente poco comune, dal momento che il riferimento all'attenzione uniformemente fluttuante, da un lato, e all'associazione libera dall'altro, sembrerebbe voler esprimere proprio il contrario di un piano terapeutico. Per non creare a questo punto una contraddizione oggettivamente non necessaria, dobbiamo considerare il modo in cui Freud argomenta la sua raccomandazione sull'attenzione uniformemente fluttuante: a tale proposito, afferma che essa è un mezzo adeguato per correggere pregiudizi teorici e scoprire con maggiore facilità l'origine (focus) di ogni malattia individuale. In questo modo l'attenzione uniformemente fluttuante e l'operazione di messa a fuoco sono due funzioni complementari: nella testa dell'analista si alternano in primo piano una condizione che si adegua alla funzione di massimo guadagno di informazione (attenzione uniformemente fluttuante) e l'organizzazione dell'informazione acquisita sul punto di vista più pertinente (focalizzazione). †

Con queste considerazioni, siamo giunti a un concetto centrale del modello di processo di Ulm: il focus. Prima di addentrarci nel molteplice significato di

questo concetto nella letteratura psicoanalitica, ricordiamo che «mettere a fuoco» significa riunire i raggi di luce su un singolo punto, e nel focus si produce «fuoco». Quando abbiamo deciso di conferire alla focalizzazione un posto d'onore nella nostra formulazione di processo non avevamo l'intenzione di proporre un tema rigido. Desideriamo invece richiamare l'attenzione su un limite molto umano riguardo la capacità di percepire e di analizzare l'informazione, che non permette altro che una percezione selettiva e quindi un'elaborazione centrata su un focus.

Per iniziare, possiamo dire che i modelli di processo devono permettere enunciati regolati sullo sviluppo del trattamento. Una concezione focale del processo assolve questa funzione, anche se certamente, in ultima istanza, si rende giustizia all'attività psicoterapeutica (non importa di quale orientamento) solo se si considerano le diadi particolari; vale a dire che è sempre possibile incappare in tematiche che ritornano regolarmente per tutta la durata del processo psicoanalitico. Se, per esempio, il paziente parla delle sue paure, questo tema arriverà a concentrarsi nel focus psicodinamico, quando:

- f* a) l'analista è in grado di formulare ipotesi sui motivi inconsci che hanno senso per il paziente;
- b) l'analista riesce a guidare il paziente verso questo tema tramite interventi appropriati;
- c) il paziente è coinvolto emotivamente e cognitivamente in questo tema.

Alla domanda se un focus ha un'esistenza indipendente dagli interventi dell'analista, dobbiamo rispondere da un lato affermativamente, nel senso che in definitiva il paziente ha costruito da solo la sua sintomatologia, e dall'altro negativamente, per quanto riguarda la tecnica. Considerando il complesso intreccio delle strutture motivazionali inconscie, difficilmente si può arrivare a una diagnosi di un focus che non interessi l'espressione interattiva dell'accadere del focus medesimo (vedi i risultati empirici di Gabel, Deneke e altri, 1981). I processi cognitivi dell'analista che dirigono il suo modo di selezionare e di reagire, e di cui si discute a proposito di concetti come l'empatia, l'identificazione di prova ecc. (Heimann, 1969), si sviluppano probabilmente perlopiù sulla soglia della percezione cosciente. Questi processi diventano accessibili solo grazie al lavoro dell'analista sulle proprie reazioni affettive e cognitive.

Secondo la nostra concezione, di fatto è irrilevante se l'analista arriva alla sua formulazione del focus mediante l'intuizione empatica, o se la deduce principalmente da riflessioni teoriche. Pensiamo che sia decisivo che l'atto di focalizzare sia inteso come un processo euristico, la cui utilità deve essere dimostrata con il progredire del lavoro. Un indizio di un'individuazione certa di un focus si ha quando un tema focale generale, per esempio l'angoscia di separazione inconscia, viene riferito in diverse maniere. Il lavoro concreto di interpretazione riporta quindi a questi diversi aspetti dei vissuti quotidiani del paziente, e può orientarsi al sapere idiografico, cioè alla conoscenza dettagliata

dell'evoluzione del processo individuale. Nei casi positivi ci aspettiamo che durante la rielaborazione di un focus il paziente (e forse anche l'analista) cambi il modo specifico di trattare questo tema. Solo integrando in forma differenziata la costellazione di transfert e di resistenza, l'alleanza di lavoro e la capacità di insight, è possibile fare delle valutazioni più precise sul processo di cambiamento in un determinato periodo. Se lo stesso focus appare nuovamente più avanti, le domande che emergono sono perlopiù le stesse. Ci si può anche aspettare che il progresso precedentemente raggiunto mantenga la sua efficacia e che la rielaborazione possa essere portata avanti a un livello superiore.

Riassumendo possiamo affermare che riteniamo il focus concepito interattivamente il perno centrale del processo, e per questo riteniamo la terapia psicoanalitica *una terapia focale continua, di durata indefinita e a focus variabile*.

Questo modello rende giustizia all'esperienza clinica, da cui risulta che lo sviluppo della *nevrosi di transfert* dipende in gran parte dall'analista. Nel campo della ricerca psicoterapeutica ci sono una gran quantità di studi sull'influenza delle diverse *variabili del terapeuta*, che devono essere considerate in riferimento alla comprensione del processo psicoanalitico (Parloff, Waskow e Wolfe, 1978; Luborsky e Spence, 1978). Oggi non possiamo trascurare il fatto che il processo psicoanalitico si sviluppa e si costruisce in maniera interattiva. Per questo motivo, a differenza di alcuni modelli di processo precedentemente discussi, riteniamo la successione dei foci il risultato di un processo di inter-scambio inconscio tra i bisogni del paziente e le possibilità dell'analista. Un cambiamento dell'analista porta, di norma, a esperienze totalmente nuove. Su questo fenomeno le informazioni sono trasmesse verbalmente, mentre nella letteratura psicoanalitica è raro trovare del materiale a tale riguardo (Guntrip, 1975). Il processo che analista e paziente vivono insieme gira a vuoto quando la produttività di entrambi si esaurisce, anche se il trattamento continua senza fine. Alcuni processi non si avviano realmente fino a quando entrambi i partecipanti non riescono a stabilire questa unione interattiva nella rielaborazione dei temi focali (Huxter, Lower e Escoll, 1975).

Non solo la personalità dell'analista ma anche il modello di processo che egli ha in mente esercitano un'influenza sul processo terapeutico. Se un analista parte dall'idea, per esempio, che il trattamento debba svilupparsi secondo sequenze, che si suppone siano naturali, di determinate fasi psicologico-evolutive, strutturerà il trattamento in linea con esse. In egual modo, l'intensità e la qualità della rielaborazione di certi temi particolari saranno influenzate dall'importanza relativa che vi attribuiscono le diverse concezioni del processo.

La nostra concezione del processo non esclude la possibilità che la terapia proceda secondo gli schemi regolari dello sviluppo psicologico (vedi sopra, 9.3).

Prima di passare a un'esposizione dettagliata del modello di processo di Ulm, vogliamo parlare dei precursori storici della concezione focale, che cer-

tamente ci hanno stimolato e influenzato. French concepì il concetto di focus, inizialmente, in riferimento alle sue analisi sistematiche dei sogni.

Consideriamo la struttura cognitiva del sogno come una costellazione di problemi in relazione tra loro. In questa costellazione c'è di solito un problema su cui convergono i problemi più profondi e da cui si dipartono problemi più superficiali. *Questo era il conflitto focale del sognatore* nel momento del sogno. Ogni conflitto focale è una reazione a qualche evento o situazione emotiva del giorno precedente, che serve da «stimolo precipitante». (French, 1970, p. 314)

Questo modello, sviluppato come paradigma per la comprensione dei sogni, fu utilizzato nel famoso studio sul consenso dell'Istituto di Chicago (Seitz, 1966) a cui anche Kohut prese parte. Questo studio aveva lo scopo di registrare i conflitti predominanti in singole sedute. Si suppone che in ogni seduta il pensiero preconscious tenda a concentrarsi su un problema centrale (altamente condensato e sovradeterminato). Una molteplicità di associazioni inconscie si condensano in un focus; «vengono attivati conflitti genetici inconsci associati e il loro investimento emotivo è trasferito, di regola, al conflitto focale semplice preconscious, così sovrainvestito». Seitz (1966, p. 212) propone, seguendo Freud, di partire dal presupposto che

in generale il conflitto focale consiste nel transfert attuale verso l'analista e teoricamente si comprende meglio nei termini della dinamica dei residui diurni. Per il fatto che questi conflitti preconscious sovrainvestiti configurano nella mente punti dinamici di convergenza, offrono un focus utile per unificare e integrare formulazioni interpretative del materiale associativo complesso e apparentemente eterogeneo di singole sedute.

In questo senso il conflitto focale diventa identico al transfert predominante nella seduta. Lo sviluppo successivo del concetto di focus nel «seminario di terapia focale», di cui ci informa Malan (1963), portò a descrivere la «cristallizzazione» di un focus. Questo concetto si riferisce al fatto che il focus non è scelto dal terapeuta, ma emerge gradualmente dal lavoro comune di analista e paziente.

Le riflessioni di Balint a tale riguardo sono riportate nella relazione sulla terapia focale del paziente B. (Balint, Ornstein e Balint, 1972) e sono influenzate dalle esperienze *flash* del seminario. Ma oltre a questo Balint afferma che senza una formulazione precisa del focus, che corrisponde alla traduzione in parole del vissuto *flash*, non dovrebbe risultare alcun piano focale: la formulazione del focus, come linea direttrice del trattamento, deve essere specificata (cioè non essere così generale come il concetto di omosessualità o il complesso edipico), chiaramente circoscritta (non così vaga come la relazione del paziente con la madre) e univoca. Questa esigenza di formulazioni specifiche ci sembra molto adeguata. Nelle comuni discussioni di casi è molto insoddisfacente il fatto che i partecipanti restino su affermazioni troppo generali e quindi quasi prive di contenuto, come lo sono quelle di «edipico» e «preedipico». Esse non ci aiutano a comprendere la patogenesi individuale, né ci offrono informazioni tecniche rilevanti.

Il problema del livello di astrazione adeguato nella terapia focale a noi sembra facilmente risolvibile; si tratta di gettare dei ponti tra le sponde diagnostiche e quelle terapeutiche, in percorsi alternativi, una volta partendo da una sponda una volta dall'altra. L'esigenza che il focus venisse concepito sotto forma di interpretazione era un ideale (a molti analisti sembrerebbe un pensiero primordiale) che neanche Balint riuscì a sostenere fino in fondo quando consigliava: «Il focus dovrebbe avere la forma di un'interpretazione, che può essere offerta al paziente in un momento opportuno a dare finalità al trattamento» (Balint, Ornstein e Balint, 1972).

La nostra concezione del focus, secondo la formulazione del seminario di Balint, va oltre il concetto di French, dal momento che con questo concetto intendiamo una struttura temporale più ampia. Naturalmente, nessuno vieta di individuare una formulazione di focus in ogni singola seduta. Tuttavia per considerazioni di ordine strategico è desiderabile la rielaborazione continua di un unico tema di fondo per periodi estesi. L'interrogativo sulla durata di questi periodi, se si tratta ad esempio di dover specificare un determinato numero di sedute o piuttosto un periodo basato sul ritmo di sviluppo del paziente, è un problema clinico che bisogna definire empiricamente.

Nei resoconti finali degli analisti in formazione si trovano indicazioni per un'adeguata segmentazione del trattamento. In generale, si utilizzano quattro o cinque fasi (ciascuna dedicata a un tema) per l'articolazione del processo. In verità, anche in queste analisi è molto chiaro che la durata delle fasi dipende sostanzialmente dalla procedura tecnica dell'analista. Per questo distinguiamo il nostro modo di intendere il focus da quello descritto da Balint, là dove egli fissa il conflitto focale come un piano focale che l'analista formula per portare avanti il trattamento. Per una terapia psicoanalitica breve può essere illuminante selezionare *un* focus e rielaborare questo (e *solo* questo), anche se le esperienze del progetto di terapia focale di Amburgo (Meyer, 1981b; più in particolare Gabel, Deneke e altri, 1981) suscitano alcuni dubbi al riguardo. Invece noi sottolineiamo piuttosto il momento cooperativo, cioè il lavoro comune continuativo tra paziente e analista, i cui sforzi di individuare un focus riflettono un processo creativo misto di contraddizioni e di accordo.

Nella polemica contro Alexander e French (1946) veniva loro continuamente rimproverato che, in un procedimento focale, l'analista manipola il paziente. Accentuando però il lavoro comune nella ricerca di un focus, siamo dell'idea che tale obiezione non ha più fondamento; al contrario, in questo lavoro c'è una maggiore franchezza di quanto non ci sia con l'uso della tecnica standard, dove l'analista procede in maniera nascosta e spesso manipola interpretativamente, senza riflettervi a sufficienza. In questo senso Peterfreund (1983) ha presentato diversi esempi istruttivi tratti dal suo lavoro clinico e dalla letteratura specialistica.

In seguito descriveremo lo sviluppo ipotetico di un trattamento con lo scopo

di chiarire le nostre riflessioni sul processo analitico. Già dovrebbe essere chiaro che per focus intendiamo un punto nodale tematico prodotto nell'interazione del lavoro terapeutico, che risulta dalla proposta del paziente e dalla capacità di comprensione dell'analista. Partiamo dal fatto che il paziente in un determinato periodo di tempo possa formulare diverse proposte, ma che il focus si stabilisca solo attraverso il lavoro selettivo dell'analista. Per quanto riguarda il processo, noi ci aspettiamo che un lavoro comune sul focus porti a successivi punti nodali di contenuto, la cui configurazione si presenta come il risultato del lavoro precedente. //

Consideriamo un esempio in cui il paziente avanza quattro proposte tematiche diverse nella fase iniziale. Queste quattro proposte le intendiamo nel senso dei «conflitti nucleari» di French (1952, 1970), cioè come costellazioni infantili che inconsciamente, e attraverso strutture acquisite in via psicogena, determinano la sintomatologia e il carattere del paziente.

Non è possibile stabilire un numero definito di proposizioni iniziali, dal momento che nella teoria psicoanalitica sono stati concettualizzati una molteplicità di conflitti infantili. A seconda di dove fissiamo la nostra attenzione, cosa che spesso dipende dalla teoria a cui facciamo riferimento, identificheremo, più o meno, diversi «conflitti nucleari». A una maggiore specificità del disturbo dovrebbe corrispondere un minor numero di conflitti nucleari che ci si aspetta di incontrare; al contrario, in presenza di una maggiore severità del disturbo tale numero dovrebbe aumentare. Nella fase diagnostica della prima intervista (vedi sopra, cap. 6) l'analista cerca di arrivare a ottenere una prima panoramica dei conflitti possibili, anche se indipendenti dai suoi interventi terapeutici (momento T_0). Dopo la prima intervista e i primi passi terapeutici (momento T_1), si configura una prima costellazione focale (F_1) la cui utilizzabilità deve essere dimostrata nella prima fase di trattamento. Nell'identificazione del contenuto di questa costellazione facciamo riferimento ai criteri di French per la descrizione del *conflitto focale*, che esige un'informazione sulla fonte originaria (stimoli infantili inconsci), sui motivi scatenanti (avvenimenti attuali), sui meccanismi di difesa principali e sui tentativi di soluzione.

A differenza di French, non desideriamo definire con esattezza un periodo di tempo in cui deve predominare una determinata tematica focale. La riellaborazione del primo focus apre in qualsiasi momento l'accesso a un secondo focus (F_2); su questo punto non osiamo essere più precisi. L'elaborazione di questo secondo focus porta, nel nostro esempio, al ritorno verso il primo focus, che adesso viene a occupare il centro del lavoro, anche se qualitativamente modificato (F_1).

Nel nostro esempio, il focus F_1 , che si presentò all'inizio e che trovò fondamento nella diagnosi, rappresenta a sua volta una linea centrale del processo totale. Ciò corrisponde alla ben fondata esperienza clinica in cui i foci individuali si incontrano connessi tra di loro e in relazione con un conflitto centrale.

Prendiamo un caso poco complesso di isteria come esempio schematico: il conflitto principale si trova sul terreno della relazione edipica positiva. Contemporaneamente l'isteria può anche portare con sé conflitti che si riferiscono a temi edipici negativi (F₂), anali (F₃) e orali (F₄), che nel lavoro possono apparire come foci secondari, a seconda della forma che prende il processo analitico.

A tale riguardo desideriamo seguire il suggerimento di Luborsky (1984), che è riuscito a dimostrare empiricamente questa articolazione di temi conflittuali, definendo la linea transferale principale «tema relazionale conflittuale centrale». Questa concezione di conflitto centrale dinamico che indirizza la terapia ha un buon fondamento, sia teorico che pratico. È una concezione che ci offre inoltre la base per un procedimento focale (Balint, Ornstein e Balint, 1972; Klüwer, 1985; Malan, 1963; Strupp e Binder, 1984) il cui oggetto è l'elaborazione di un conflitto principale del tipo descritto, conflitto che dovrebbe essere già individuato nel primo colloquio (Leuzinger-Bohleber, 1985). Gli altri foci del nostro esempio (F₂, F₃, F₄) vengono ripresi nel corso del trattamento, come ci si può immaginare, aprendo a loro volta nuove vie di ingresso alla linea transferale principale F₁.

Per motivi didattici, abbiamo optato per una presentazione piuttosto grossolana dello sviluppo del trattamento. Il nostro modello, a seconda dell'intenzione, produce un riflesso differenziato e diversificato del processo.

Per riprendere ancora una volta la metafora della psicoanalisi come esplorazione di una casa: l'esplorazione dell'interno della casa avviene, in questo esempio, principalmente intorno a una stanza, che per via della sua ubicazione centrale controlla l'accesso agli altri spazi, in cui tuttavia si può entrare ed esplorare da diversi punti secondari.

Non vogliamo approfondire in dettaglio la quantità di altri presupposti su cui si basa il nostro modello (Kächele, 1988). La nostra intenzione è presentare uno schema per una concettualizzazione del processo psicoanalitico che rispetti una serie di criteri che ci sembrano importanti. Vorremmo mettere in chiaro che una concezione stereotipata del processo implica una rigidità che non è certo necessaria nel lavoro psicoanalitico. Il nostro modello offre un ambito di riferimento per comprendere i processi psicodinamici nelle condizioni più diverse di setting ed è applicabile sia alle terapie brevi che a quelle di lunga durata. È compatibile con diverse impostazioni teoriche della psicoanalisi utilizzate nel tentativo di comprendere la proposta iniziale del paziente. Riteniamo che la nostra concezione del processo sia genuinamente scientifica in senso sociale, e diametralmente opposta a quelle teorie del processo fondate sull'assunto che il processo è un fenomeno naturale, teorie che sorgono in un clima in cui la formazione di scuole va di pari passo con una tendenza all'ideologia.

Il processo psicoanalitico, così inteso, vive sulla diversità e sull'apertura e

lascia spazio alla creatività; però, nel momento in cui si concretizza, si deve anche necessariamente restringere. Per questo motivo il modello lascia aperta la possibilità di continuare nella seduta seguente con lo stesso tema, oppure di lasciar emergere un nuovo focus sotto l'influenza di una nuova situazione. In ogni seduta, inevitabilmente si deve prendere una decisione sul cammino da seguire. Il processo analitico vive nella tensione dialettica del «cammino come meta» (Blarer e Brogle, 1983, p. 71) e del fatto che non c'è cammino senza scopo. Ci saranno momenti in cui i viandanti dovranno fermarsi e discutere in maniera più approfondita ciò che a entrambi sembra importante. Possiamo far nostra la suggestiva metafora di Blarer e Brogle, del processo analitico come una strada che analista e analizzando «hanno intrapreso fin dal primo colloquio» (*ibid.*, p. 83) a patto che questa strada porti dall'individuazione dei problemi alla soluzione di essi.

A una concezione purista del processo psicoanalitico vogliamo contrapporre una concezione del processo come terapia focale continuata, senza limite di durata e con focus variabile. Proponiamo un modello di processo flessibile, che utilizza una tecnica orientata euristicamente, adatta a cercare, trovare e scoprire, e intesa a creare le migliori condizioni per il cambiamento del paziente. Siamo convinti che le regole del procedimento psicoanalitico trasmesse oralmente contengono molte cose utilizzabili, che tuttavia si trasformano nel contrario quando il metodo diventa fine a sé stesso. Lo stesso vale per la funzione di orientamento dei modelli di processo. Essi sono, in primo luogo, mezzi che aiutano a orientare il lavoro e a facilitare il dialogo tra gli analisti. Quando i modelli sono considerati una realtà indiscutibile, si escludono dal processo indispensabile di verifica permanente e si trasformano in una minaccia per la terapia.