

## PSICOLOGI DELL'IO: A. FREUD, HARTMANN, JACOBSON, SPITZ, MAHLER

### ANNA FREUD

- **MECCANISMI DI DIFESA** → Specifiche operazioni difensive che l'Io compie per proteggere la sua integrità davanti ai pericoli sia interni che esterni. Tali categorie di pericoli possono essere:
  - istinti,
  - Super-io
  - Pericoli reali
  - Conflitti tra tendenze opposte

Ai 9 meccanismi di difesa che aveva formulato il padre, ne aggiunge altri 5:

  - *Identificazione con l'aggressore*
  - *"Una forma di altruismo"*
  - *Intellettualizzazione*
  - *Ascetismo*
  - *Negazione in fantasia o mediante parole e atti*
- **MODELLO DI APPROCCIO EVOLUTIVO ALLA NORMALITA' E ALLA PATOLOGIA** → Il criterio diagnostico da seguire è la capacità del bambino di progredire lungo determinate *sequenze evolutive*. Distinzione tra:
  - *nevrosi infantile*: necessita della psicoanalisi
  - *disturbi evolutivi*: l'intervento di cui necessitano si decide in base a 2 strumenti che permettono di separare gli aspetti normali da quelli patologici:
    - a) *Linee evolutive* → si propongono di individuare le interazioni tra Es, Io e Super-Io e i vari livelli di evoluzione.
    - b) *Profilo metapsicologico* → fornisce una diagnosi psicoanalitica e si divide in 2 parti: la prima analizza gli elementi esterni, la seconda elementi interni (libido, aggressività, Io, Super-Io....)A differenza della *Klein* che utilizzava l'analisi a tutti i bambini come complemento di un'educazione moderna, la Freud riteneva che andasse utilizzata solo nei casi di nevrosi.
- **OSSERVAZIONE DIRETTA DEL BAMBINO** → 2 difficoltà:
  - 1) In un individuo in evoluzione i possibili disturbi possono essere solo *transitori*;
  - 2) Criterio di adattamento ai *compiti vitali* appropriati all'età

### HARTMANN

- **IO** → è *l'organo dell'adattamento*: crea equilibrio tra organismo e ambiente. E' un *Io parzialmente autonomo*, con delle *"zone libere dai conflitti"* in cui i processi cognitivi avvengono senza l'interferenza dei moti pulsionali (Es). Io e Es hanno una matrice indifferenziata. Propensione naturale dell'Io verso il mondo esterno (*principio di realtà*).
- **PULSIONE SESSUALE E AGGRESSIVA** → *Neutralizzazione* di entrambe le pulsioni attraverso l'impiego di attività sublimati. I disturbi nel processo di neutralizzazione sono alla base della patologia. *Ruolo positivo dell'aggressività* ai fini dell'adattamento: se viene *neutralizzata* è al servizio dell'Io, se viene *internalizzata* contribuisce alla formazione del *Super-Io*.

## Obiettivo Psicologia

- **AMBIENTE** → Habitat naturale dell'Io. Nel bambino *capacità innata di adattamento ad "un ambiente mediamente prevedibile"*. 3modalità possibili di capacità di adattamento dell'individuo:
  - 1) *autoplastica* (cambiamento dell'individuo);
  - 2) *allo plastica* (cambiamento dell'ambiente);
  - 3) ricerca di un *ambiente + favorevole*.

## JACOBSON

- **IO** → E' una struttura del Sé  
**SE'** → E' l'intera persona  
**RAPPRESENTAZIONI DEL SE'** → Rappresentazioni conscie, inconscie e preconsce del Sé corporeo e mentale.
- **PULSIONI** → 4 fasi:
  - 1) *Indifferenziazione*: Io ed Es hanno una matrice indifferenziata perciò pulsioni aggressive e sessuali sono inizialmente indifferenziate (Sé primario psicofisiologico): scarico di energia verso l'interno.
  - 2) *Differenziazione*: scarico di energia verso l'esterno.
  - 3) *Neutralizzazione*: le pulsioni neutralizzate e internalizzate contribuiscono alla formazione di Io e Super-Io. Formazione delle rappresentazioni del Sé e del mondo oggettuale.
  - 4) *Fusione*: integrazione delle rappresentazioni buone e cattive dell'oggetto e del Sé. Il bambino ha rappresentazioni di sé desiderate (futuro) e realistiche (presente e passato): si stabilisce l'*identità* dell'Io.

Nello sviluppo normale predomina la pulsione libidica.

- **SUPER-IO** → Entità funzionale che si stabilisce con la risoluzione del complesso edipico. Si forma grazie all'*internalizzazione* delle pulsioni ( processo in cui le regolazioni avvenute nell'interazione con il mondo esterno vengono sostituite dalle regolazioni interne. Sue caratteristiche:
  - 1) Governa l'umore
  - 2) Permette di gioire della sessualità adultaIl super-Io si evolve allo stesso modo dell'*identità*:
  - 1) *Identificazione* con la madre
  - 2) *Delusione* della non onnipotenza dei genitori
  - 3) *Idealizzazione*
- **COMPLESSO EDIPICO** → Revisione della teoria della risoluzione del complesso di Edipo, che implica l'*affetto* piuttosto che la paura del genitore dello stesso sesso, rinunciando così ai desideri incestuosi. Il padre non minaccia il figlio con la castrazione, ma è il figlio che ha dei desideri di castrazione verso il padre e teme che questi si ritorcano su di lui: si tratta di una questione interna.
- **PSICOSI** → Non vi è distinzione tra Sé e mondo oggettuale. E' causata da un'*insufficiente neutralizzazione* delle pulsioni.  
**DEPRESSIONE** → Conflitto intrasistemico tra un'immagine di sé desiderata e un'immagine di sé fallimentare causata dall'incapacità dell'Io primitivo, in caso di perdita precoce dell'oggetto, di gestire il lutto e di risolvere conflitti narcisistici e di ambivalenza.

**SPITZ**

- **CURE MATERNE** → La loro carenza ha delle gravi conseguenze sullo sviluppo fisico e mentale del bambino. Studio sulla *"sindrome da ospedalizzazione"* (bambini ospedalizzati) e sulla *"depressione analitica"* (figli di donne prigioniere).
- **3 ORGANIZZATORI DELLA PSICHE** →
  - 1) Sensazione cenestetica del neonato e successiva percezione diacritica. Il passaggio dalla sensazione alla percezione è favorito dal continuo dialogo tra madre-bambino. Il suo indicatore è il *sorriso indifferenziato*.
  - 2) Stabilizzazione dell'oggetto libidico e fusione delle pulsioni. Il suo indicatore è l'*angoscia dell'estraneo*.
  - 3) Comunicazione semantica. Il suo indicatore è il *"no semantico accompagnato dallo scuotere la testa"*. Di fronte al no della madre il bambino, se il processo di fusione delle pulsioni ha successo, si identifica con l'aggressore e perciò scuote la testa come la madre. Capacità di astrazione e di opposizione.
- **PSICOPATOLOGIA** → E' la conseguenza di *carenze di cure* da parte del partner materno. Importanza delle relazioni oggettuali che si costruiscono nell'interazione madre-bambino. Lo sviluppo psicologico coincide con lo sviluppo relazionale. "Bambini senza amore finiscono per diventare adulti pieni di odio".

**MAHLER**

- **PSICOSI SIMBIOTICA INFANTILE** → A causa di una prematura coscienza della separazione con la madre, il bambino è incapace di passare da una fase di indifferenziazione con la madre a una fase di separazione e percezione di un Sé separato e autonomo.
- **MODELLO DELLO SVILUPPO MENTALE DEL BAMBINO** → 3 fasi:
  - 1) Autistica-normale (1 mese) → Prevalenza dei *bisogni fisiologici*. Meta: raggiungimento di un equilibrio omeostatico.
  - 2) Simbiotica-normale (2-5 mesi) → Stato di fusione con la madre, unico sistema onnipotente, *unità duale*, non differenziazione dell'Io dal Non-Io. Meta: investimento della madre.
  - 3) Separazione-individuazione (5 mese-3 anni) → realizzazione finale di un Sé separato e autonomo. 4 sottofasi:
    - a) Differenziazione → il bambino inizia a distinguere se stesso dalla madre attraverso 3 modalità:
      - *processo di schiusura* (inizia a guardare l'ambiente esterno)
      - *ispezione doganale* (esamina il volto della madre e di altre persone)
      - *il rivolgersi a guardare la madre*
    - b) Sperimentazione → sviluppo delle *funzioni motorie*. 2 periodi:
      - sperimentazione precoce: la madre è sempre al centro dell'interesse del bambino
      - sperimentazione vera e propria: grazie alla posizione eretta maggiore sperimentazione e consapevolezza dell'assenza della madre

## Obiettivo Psicologia

- c) Riavvicinamento → Importanza della *condivisione delle esperienze* con la madre. Alternanza tra il desiderio di stare molto vicino alla madre e quello di evitarla: *ambitendenza*. 2 modalità di comportamento:
- seguire la madre come un'ombra
  - allontanarsi aspettando di essere rincorso e preso in braccio.
- d) Individualità e costanza dell'oggetto emotivo → Immagine interna della *madre* relativamente *stabile*.
- **PSICOPATOLOGIA** → 2 tipi di patologie:
    - bambini autistici ( si comportano come se la madre non esistesse)
    - bambini con un'organizzazione simbiotica ( si comportano come se la madre fosse parte di loro)

**IL MONDO INTERNO: MELANIE KLEIN**

- **DIFFERENZE TRA KLEIN - S.FREUD** →
  - Teoria dell'oggetto ≠ teoria delle pulsioni
  - Interpretare la fantasia ≠ interpretare le difese
  - Sviluppo dell'io come processo di continua introiezione e proiezione ≠ sviluppo dell'io come progresso del Sé attraverso stadi
  - Pulsione di morte come componente naturale dell'innata ambivalenza infantile (aggressiva) ≠ esito finale della tendenza alla scarica
  - Nevrosi causata dal mancato passaggio alla posizione depressiva ≠ fissazione ai vari stadi dello sviluppo libidico
- **MODELLO KLEINIANO** →

**MENTE** → Contenitore di oggetti dal quale l'individuo attinge per rapportarsi al mondo esterno e nel quale vengono introdotte delle entità

**OGGETTI** → entità dinamicamente concrete, totali o parziali, buoni o cattivi, presenti fin dall'inizio della vita, danno ragione delle formazioni psichiche precoci. Ogni pensiero astratto è ricondotto ad un oggetto concreto. Oggetti e relazioni oggettuali stanno alla base delle 2 posizioni schizo-paranoide e depressiva. Le pulsioni sono legate indissolubilmente all'oggetto

**MONDO INTERNO** → Luogo di mediazione di ogni rapporto dell'io con la realtà esterna

**MECCANISMI DI INTROIEZIONE E PROIEZIONE** → Oggetti del mondo esterno vengono interiorizzati e parti del Sé vengono proiettate in oggetti esterni. Governano lo sviluppo e hanno una duplice funzione difensiva: da un lato tengono a bada l'angoscia di frammentazione dalla quale l'io si sente minacciato, dall'altra salvaguardano l'oggetto buono. Nelle prime fasi della vita prevale la proiezione, in un secondo tempo l'introiezione e l'integrazione.

- **IL GIOCO** → Diretta e immediata espressione dei processi inconsci. Mondo interno e mondo esterno hanno un rapporto di tipo simbolico, per cui ogni attività del mondo esterno (gioco, apprendimento scolastico, lavoro) è l'espressione simbolica di processi del mondo interno. *Equazione simbolica* → meccanismo inconscio per cui genitori, fratelli, parti del corpo proprie o dei genitori, funzioni corporee, vengono identificate con altri oggetti o funzioni del mondo esterno. Esistenza di una certa analogia di forme o funzioni tra le due serie di oggetti: se tale analogia si trasforma in identità, l'oggetto esterno è confuso con quello interno e si ha l'equazione simbolica. Se invece la differenza è salvaguardata abbiamo *il simbolo* vero e proprio che concorre allo sviluppo delle capacità relazionali.

- **DIFFERENZE TRA KLEIN – ANNA FREUD →**
  - Analisi come complemento di un'educazione moderna ≠ Analisi utile solo nei casi di vera nevrosi
  - Gioco libero come interpretazione simbolica a priori ≠ Gioco, interpretazione dei sogni e libere associazioni con significati non a priori
  - Vera e propria relazione di transfert ≠ transfert impossibile nel bambino
- **RELAZIONI OGGETTUALI →** Sono al centro della vita psichica. Le pulsioni mirano sempre a qualcosa e se l'oggetto non è presente nella realtà esterna, esso si costituisce nella mente simultaneamente alla pulsione in modo fantasmatico (*fantasma kleiniano* → oggetti interni sentiti come entità reali che si rapportano tra loro e con l'Io dando luogo a veri e propri scenari). La pulsione è sempre *per* qualcosa.
- **DALLA PULSIONE ALL'OGGETTO →** La qualità affettiva dell'oggetto, determinata dal tipo di investimento pulsionale che ha fatto il soggetto, promuove il comportamento. Esso è *motivazione* e la pulsione è la modalità dell'oggetto. L'oggetto è sentito come "buono" o come "cattivo" in funzione della modalità libidica o aggressiva con cui il soggetto l'ha investito. Il bambino proietta entrambe le pulsioni di vita e di morte (attive fin dalla nascita) su uno stesso oggetto.
- **SCISSIONE →** Le qualità affettive di "buono" o "cattivo" corrispondono alla pulsione libidica e aggressiva. Tale ambivalenza è fonte d'angoscia che viene bloccata con il meccanismo della scissione dell'oggetto, la difesa + primitiva contro l'angoscia. Riguarda sia gli oggetti parziali (nella posizione schizo-paranoide), sia gli oggetti totali (nella posizione depressiva). L'oggetto viene scisso in "buono" (sul quale viene proiettato l'amore), e in "cattivo" (sul quale viene proiettata l'aggressività).
- **ANGOSCIA →** È il risultato della proiezione della propria aggressività sugli oggetti esterni e interni. L'angoscia è sempre angoscia *di* qualcosa perché c'è sempre un oggetto che minaccia, e angoscia *per* qualcosa, perché teme l'annientamento o l'abbandono.  
Vi sono 2 tipi angoscia:
  - 1) *persecutoria* → timore che l'oggetto su cui si proietta la pulsione aggressiva si ritorca sull'Io annientandolo
  - 2) *depressiva* → timore per la perdita o l'abbandono da parte dell'oggetto amato a causa della propria aggressività
- **SUPER-IO →** Oggetto interno dai tratti persecutori che hanno la loro origine nella diretta ritorsione dell'oggetto aggredito, in connessione con l'innata pulsione di morte e la conseguente angoscia persecutoria. *Precede il complesso di Edipo* e ne promuove lo sviluppo già nella *fase orale* riguardando per lo più *oggetti parziali*: seno e pene sono gli oggetti primari dei desideri orali del bambino. *Equazione seno = pene* → conoscenza innata di una propria genitalità.
- **TEORIA DELLE POSIZIONI →** 2 posizioni:
  - 1) Schizo - paranoide (0-4 mesi) → meccanismo della *scissione* dell'oggetto (schizo): le 2 pulsioni libidica e aggressiva investono entrambe lo stesso oggetto scindendolo in oggetto "buono" e "cattivo". Tale *ambivalenza* è fonte d'angoscia. La scissione riguarda per lo + *oggetti parziali*, in particolare il seno materno.  
*Angoscia persecutoria* dell'oggetto (paranoide): l'Io ha il timore che l'oggetto si vendichi utilizzando gli stessi attacchi di cui è stato vittima, seguendo la legge del taglione.  
Meccanismi di difesa:
    - idealizzazione dell'oggetto buono

## Obiettivo Psicologia

- negazione dell'esistenza dell'oggetto cattivo
- fantasie di controllo onnipotente dell'oggetto
- identificazione proiettiva
- 

2) Depressiva (+ 4 mesi) → *integrazione* dei due aspetti dell'oggetto: ora *l'oggetto è totale*. Con *l'angoscia depressiva*, il bambino realizza che è stato lui ad aver leso l'oggetto d'amore: timore della perdita e dell'abbandono da parte dell'oggetto amato a causa della propria cattiveria.

Meccanismi di difesa:

- maniacalità: il soggetto umilia e disprezza l'oggetto per non dover dipendere da esso e quindi non soffrirne la perdita
- riparazione: legata al senso di colpa, è il desiderio di riparare e far rivivere l'oggetto d'amore leso

- **PSICOPATOLOGIA** → Lo psicotico non riesce a scorrere tra le posizioni restando fissato a una delle due posizioni: lo *schizofrenico* non riesce nel passaggio dalla posizione schizo-paranoide a quella depressiva e resta vittima di forti scissioni e proiezioni che lo portano a confondere il mondo esterno con quello interno; il *depresso* invece non riesce a raggiungere l'atteggiamento di riparazione restando quindi diviso tra un Io cattivo e un oggetto buono. Cura analitica attraverso un transfert molto intenso.

## GLI INDIPENDENTI: FAIRBAIRN, WINNICOTT E BALINT

A causa della disputa tra la Klein e la A.Freud, si crearono 2 gruppi di analisti: il gruppo A, composto da analisti kleiniani, e il gruppo B, composto da analisti vicini alle idee di A.Freud. Tra i 2 nacque un gruppo di "mezzo": il Middle Group, comprendente autori che non appartenevano esplicitamente a nessuna scuola di pensiero e che presto si autodefinirono "indipendenti"(gruppo C). 3 sono i principali loro aspetti comuni:

- 1) Evitarono che il movimento psicoanalitico si riducesse a un circolo chiuso riservato a pochi.
- 2) Diedero importanza alla *centralità del contesto* e alla *concretezza dell'ambiente*, cioè la capacità dell'ambiente di provocare comportamenti diversi indipendentemente dal patrimonio innato del singolo e del suo personale modo di elaborare l'esperienza.
- 3) presero le distanze dal concetto di pulsione freudiano.

Punti in comune:

- centralità del contesto sociale e affettivo;
- centralità dello sviluppo e del Sé;
- distinzione tra aspetto reale e fantasmatico;
- aggressività intesa come risposta a un pericolo percepito;
- processo analitico considerato come dialogo affettivo tra 2 persone;
- regressione come strumento per l'elaborazione dei vissuti infantili che si ripercuotono nella realtà presente.

## FAIRBAIRN

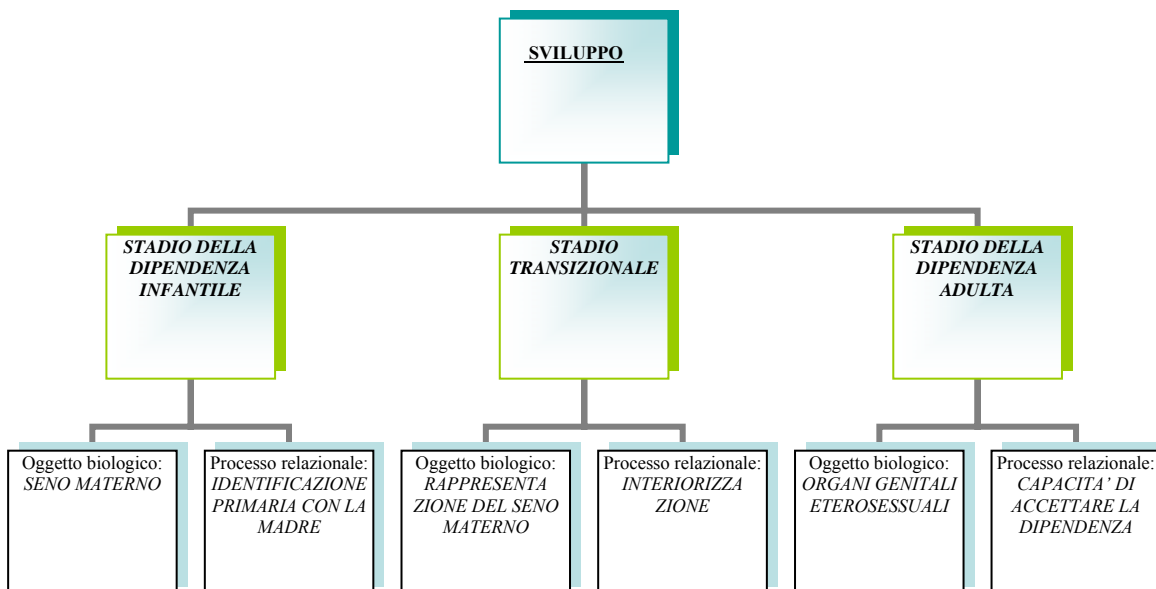
- **CONTRAPPOSIZIONE FREUD ≠ FAIRBAIRN** → Fairbairn reinterpreta il modello pulsionale di Freud a favore di una psicologia delle relazioni oggettuali. Principali differenze:
  - Freud parte dal concetto di arco riflesso ≠ Fairbairn parte dall'Io che considera il nucleo centrale della personalità

- La meta reale della libido è il piacere ≠ La meta finale è quella di avere relazioni soddisfacenti con gli oggetti (rifiuta la distinzione tra principio di piacere e principio di realtà)
- Le zone erogene sono le fonti originarie del piacere ≠ Le zone erogene sono dei canali attraverso cui la libido è diretta all'oggetto (mezzi)
- Il bambino come un individuo biologico in cui l'Es è la struttura psichica originaria ≠ Il bambino nasce con innate capacità relazionali e l'Io è la struttura originaria

↓

*Struttura unitaria dotata di pulsioni e quindi con degli obiettivi dinamici propri*

- **CONCEZIONE DELLO SVILUPPO** → E' un passaggio da una condizione di *dipendenza infantile*, attraverso uno *stadio intermedio transizionale*, ad una condizione di *dipendenza adulta*. Ogni stadio è caratterizzato da uno specifico *oggetto biologico* e un *processo* che accompagna la relazione del soggetto con l'oggetto.



- 1) STADIO DELLA DIPENDENZA INFANTILE → Stadio orale precoce: conflitto tra il succhiare e il non succhiare  
 ↳ Stadio orale tardo: conflitto tra il continuare a succhiare (amare) o mordere (odiare)

A causa di tali scissioni anche l'*Io*, originariamente unito, *si scinde*:

- lo *libidico* → associato a un oggetto interiorizzato *eccitante*: funzione di protezione, aspetti dei genitori che stimolano i figli senza accompagnare tale stimolazione con risposte adeguate;
- lo *antilibidico* (o "sabotatore interno") → associato a un oggetto interiorizzato *eccitante rifiutante*: simile al Super-Io sadico di Freud, svaluta l'Io libidico;
- lo *centrale* → associato a un oggetto interiorizzato *tollerato*: funzione di proteggere ciò che resta dell'oggetto originario dopo le scissioni.

Con il processo di interiorizzazione vengono interiorizzati gli oggetti cattivi.

- 2) STADIO TRANSIZIONALE → Processo di *interiorizzazione* e di *differenziazione* di sé dall'oggetto. Il compito principale del bambino è di imparare a gestire le relazioni con gli

## Obiettivo Psicologia

oggetti interiorizzati. L'io centrale cerca di allontanarsi dagli oggetti interiorizzati per gestire i conflitti attraverso delle *tecniche difensive*:

- Nella condizione *paranoide* → proiezione dell'oggetto
- Nella condizione *ossessiva* → lotta tra il tenere dentro e l'espellere
- Nella condizione *isterica* → accettazione dell'oggetto esterno e rifiuto di quello interno
- Nella condizione *fobica* → alternanza di fuga e timore dell'oggetto

3) STADIO DELLA DIPENDENZA ADULTA → Implica la capacità di relazionarsi con l'altro su un piano di parità, la *capacità di dare e ricevere*. Questa è una situazione ideale che di fatto non si verifica mai pienamente poiché nessuno ha mai avuto uno sviluppo libidico senza nemmeno un intoppo.

- **LA PSICOPATOLOGIA** → Si verifica nello  
- STADIO DELLA DIPENDENZA INFANTILE:

- 1) STADIO ORALE PRECOCE → Patologia *schizoide*: il soggetto è convinto che il suo *amore*, altamente distruttivo, abbia distrutto l'oggetto amato. Impossibilità di amare a causa della cattiveria del proprio amore. La libido viene ritirata dall'oggetto e si rivolge verso se stesso, temendo per l'integrità del proprio Io. Vissuti di isolamento, di inesistenza, e esagerata preoccupazione per la propria realtà interna con conseguente senso di superiorità.
- 2) STADIO ORALE TARDO → Patologia *depressiva*: il soggetto è convinto che la propria *aggressività* abbia causato la perdita dell'oggetto. Si attiva a partire da esperienze insoddisfacenti con l'oggetto. Difficoltà a mantenere le relazioni nel tempo a causa della sua ambivalenza.

E' importante nel processo di introiezione degli oggetti l'*intensità* dei bisogni di relazione del bambino. In base al legame avuto con i genitori, sia questo positivo o negativo, egli avrà un bisogno assoluto di conferma delle primissime forme di rapporto, sia che siano dolorose o non, egli cercherà legami già conosciuti: ciò che conta è la *sicurezza* che gli potrà derivare dalla perpetuazione dei legami precoci.

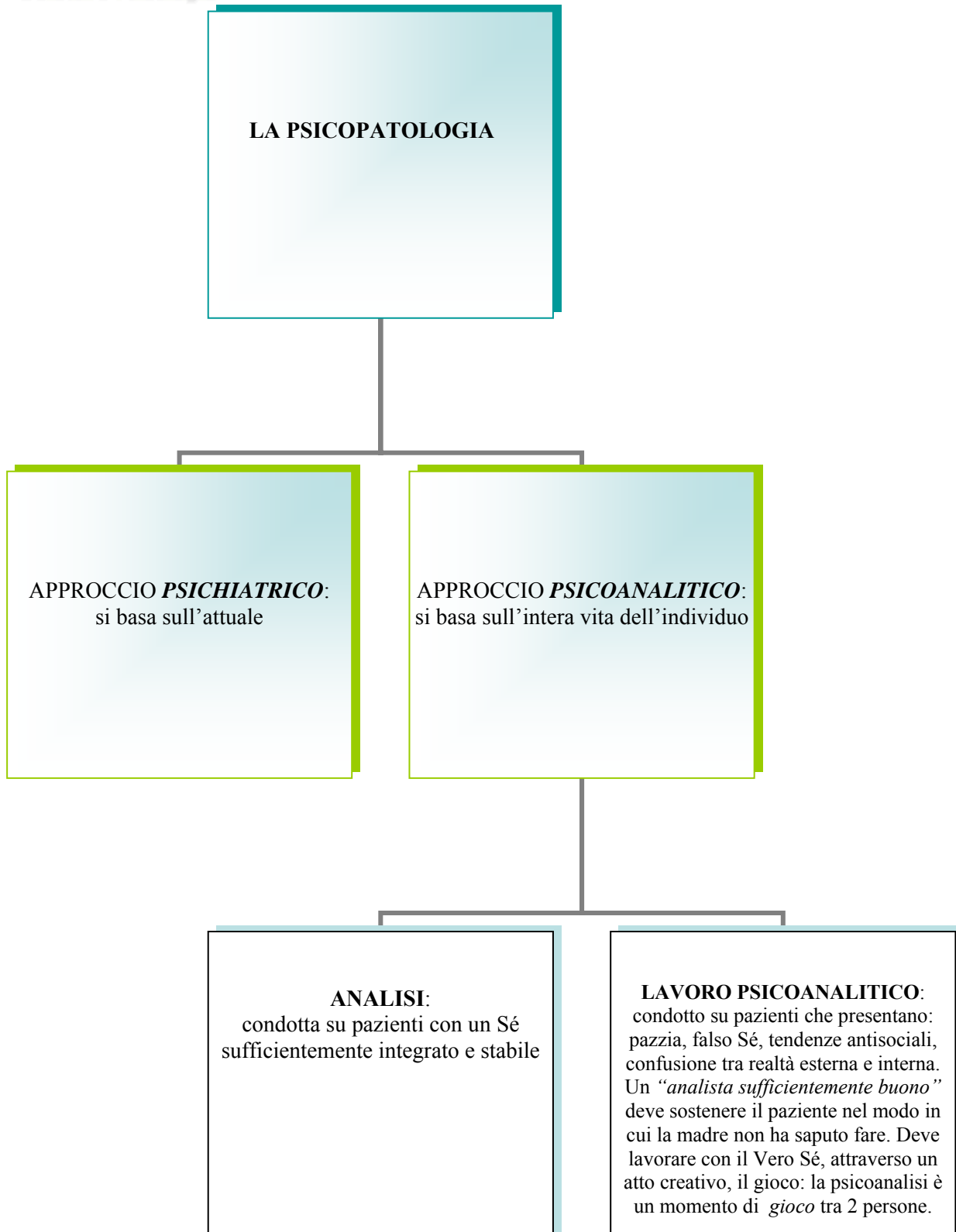
## WINNICOTT

- **CONCEZIONE DELLO SVILUPPO** → Il nucleo da cui prende avvio lo sviluppo psichico ed emozionale dell'individuo è il rapporto madre-ambiente: una madre disponibile ma non intrusiva nello sviluppo spontaneo del bambino, rispettando sia i bisogni del bambino che i propri. La coesione e l'unità della persona si hanno grazie ad un ambiente favorevole.
- **BISOGNO** → Spostamento dal concetto di pulsione (biologico) al concetto di bisogno (psicologico). Il bambino è un essere spontaneo che produce bisogni che richiedono continue conferme da parte di chi si prende cura di lui.
- **SVILUPPO EMOZIONALE PRIMARIO** → E'lo sviluppo dei primi sei mesi caratterizzato da 3 concetti-guida:

1) CONCETTO DI DIPENDENZA → Lo sviluppo avviene in 3 fasi:

- a) *Dipendenza assoluta* (0-6 mesi) → Unità bambino-madre: il neonato non sa di dipendere da qualcuno. Il ruolo della madre è di favorire l'innata tendenza alla crescita del bambino rispondendo ai suoi bisogni e allo stesso tempo evitando di interferire nello sviluppo spontaneo del bambino. La dipendenza assoluta non è solo del bambino verso la madre, ma anche della madre verso il bambino;

- b) *Dipendenza relativa* (6 mesi-2 anni) → maggiore consapevolezza dei propri bisogni e della propria dipendenza. Importanza del padre e dell'immagine della coppia genitoriale;
  - c) *Indipendenza* (dalla pubertà all'adolescenza) → avvenuta introiezione dell'ambiente che da sostegno all'Io.
- 2) CONCETTO DI ORGANIZZAZIONE → Passaggio da uno stato di in organizzazione ad uno stato di organizzazione. Alla nascita il bambino è vulnerabile: è necessario che trovi un ambiente che lo accolga e lo protegga dai vissuti di vuoto e inesistenza. La condizione psicologica che assolve a questo compito è la *preoccupazione materna primaria* → condizione mentale che consiste nell'abbandonare temporaneamente l'immagine di sé come soggetto adulto avvicinandosi a una condizione di in organizzazione in cui è particolarmente ricettiva dei bisogni del figlio. E' fondamentale che tale condizione sia temporanea cosicché la madre recuperi la sua identità di persona adulta separata dal bambino.
- 3) CONCETTO DI INTEGRAZIONE → Passaggio da uno stato di non integrazione a uno stato di integrazione, attraverso la presenza di responsività della madre, la quale svolge 3 funzioni:
- a)  *Holding* → contenimento *empatico* della madre che favorisce il passaggio dal *Non Io* all'*Io sono*;
  - b)  *Handling* (=manipolazione) → risposta materna ai *bisogni corporei* del bambino che favorisce la *personalizzazione*, intesa come l'unione tra psiche e soma (unità psicosomatica);
  - c)  *Object presenting* → presentazione al bambino della *realtà esterna* che favorisce il passaggio *dall'oggetto soggettivo* (il *Non me* è percepito come parte di sé) *all'oggetto oggettivo* (l'oggetto oggettivamente percepito). E' fondamentale che la madre presenti gli oggetti in modo tale da favorire nel bambino l'*illusione* che sia lui stesso a crearli. Successivamente, quando tale potenza allucinatoria è stata acquisita dal bambino, è necessario che la madre lo disilluda (*disillusione materna*) affinché capisca che il mondo esterno non è sotto il suo controllo. Ciò dev'essere fatto da una parte continuando ad assecondare i bisogni del bambino, e dall'altra facilitando il rapporto con l'oggetto esterno: consapevolezza che il *non me* è l'oggetto oggettivo. Inizio del processo di separazione e di individuazione.
- **L'OGGETTO TRANSIZIONALE** (4-12 mesi) → E' l'espressione tangibile del ponte che si è venuto a creare tra soggetto (realtà interna) e oggetto (realtà esterna). E' una *terza area intermedia* che mantiene realtà interna ed esterna separate ma allo stesso tempo interrelate. E' un *oggetto-ponte* fra la dipendenza assoluta e l'indipendenza. Può essere costituito da qualsiasi oggetto appartenente al mondo del bambino, l'importante è che in qualche modo rappresenti o ricordi la madre. Tale oggetto può protrarsi in età successive, in varie forme: come "luogo di riposo", come spazio potenziale della libertà creativa, oppure come *oggetto feticcio o tossico*, che mantiene il soggetto in una condizione di perenne dipendenza camuffata dall'autonomia.



- **NOSOGRAFIA** → Tutti i vari tipi di patologie derivano da carenze ambientali, e si distinguono l'una dall'altra in base al momento in cui si è presentata la carenza. Distinzione tra *madre-*

*oggetto* (fa fronte ai bisogni fisici) e *madre-ambiente* (supporto affettivo). I fenomeni patologici consistono nell'exasperazione degli stessi meccanismi che operano nella salute mentale.

3 principali forme di disturbi mentali:

- 1) **PSICOSI** → Il bambino, *durante* la fase della dipendenza assoluta, a causa di *vissuti di privazione vera e propria*, fa esperienza prolungata della cosiddetta *angoscia primaria catastrofica*. Se la carenza ambientale è prolungata, si instaurano difese di tipo psicotico (dissociazione o scissione) che hanno lo scopo di proteggere l'Io da un'angoscia insostenibile.
- 2) **DISTURBI NELL'EQUILIBRIO DEL SE'** → *Distinzione tra vero Sé* (il <gesto spontaneo>, il sentirsi reali e creativi) e *il falso Sé* (difesa davanti ad un ambiente che si è dimostrato incapace di anticipare empaticamente i bisogni del bambino). Il vero Sé è nascosto e protetto dal falso Sé. Ognuno di noi presenta un falso Sé. Nella relazione tra vero Sé e falso Sé si distinguono 5 stati che vanno dalla patologia alla sanità:
  - a) Stato *patologico*: il falso Sé si struttura come se fosse il vero Sé, invadendo l'intera persona.
  - b) Stato *confine*: il falso Sé schiaccia il vero Sé a cui è però concessa una vita segreta. Il vero Sé si può riconoscere attraverso il disagio o la malattia.
  - c) Stato della *sofferenza*: il falso Sé si struttura in modo tale da cercare di creare le condizioni migliori per far emergere il vero Sé (per es. attraverso il suicidio evitando l'annientamento del vero Sé).
  - d) Stato di *fragilità*: l'Io non è in grado di attuare una sintesi personale delle molteplici identificazioni che ciascuno cerca di operare nel corso dello sviluppo e che sono finalizzate al senso di identità
  - e) Stato di *salute*: il falso Sé costituisce l'atteggiamento sociale, adattabile e flessibile nelle diverse circostanze.
- 3) **TENDENZE ANTISOCIALI** → Segnali emessi dal bambino, *dopo* la dipendenza assoluta, a causa di *vissuti di deprivazione*. Il bambino emette veri e propri segnali di disagio, nella speranza che qualcuno possa capire i suoi bisogni (*"la delinquenza come sintomo di speranza"*). La *speranza* consiste nella fantasia di poter tornare al periodo precedente la deprivazione. Sono possibili 2 situazioni traumatiche:
  - a) Perdita dell'accomodamento : perdita della capacità della madre di andare incontro ai bisogni dell'Io nel periodo della dipendenza relativa;
  - b) Perdita + tardiva di un ambiente indistruttibile: per es. la morte del padre, la separazione dei genitori.

## **BALINT**

- **TEORIA PULSIONALE ⇔ TEORIA OGGETTUALE** → Sia la spinta pulsionale che la ricerca dell'oggetto rappresentano le forze motrici del funzionamento mentale e dell'agire umano. Integra la sua teoria con la teoria pulsionale di Freud in relazione a 2 principali aspetti:

- 1) Le *organizzazioni pregenitali* vengono normalmente attraversate senza intoppi. Ciò che differenzia la sanità dalla patologia risiede nella forza relativa della pulsione. Balint non è d'accordo con Freud che manifestazioni palesi della sessualità siano riconducibili a fattori biologici, ma bensì alla *carezza di un ambiente* in grado di farsi carico dei bisogni primari del bambino.
- 2) Respinge il concetto di *narcisismo primario*. Una *forma primaria* di rapporto è rappresentata dal desiderio di essere amato. Il narcisismo è sempre secondario rispetto a questo bisogno d'amore, e consiste nel darsi da sé ciò che è mancato nel rapporto con l'oggetto primario.

Ciò che influenza il modo di rapportarci a noi stessi e alla realtà esterna sono i *vissuti primitivi*, appartenenti al periodo appena successivo alla nascita, che vanno a formare il cosiddetto "*difetto di base*", un disturbo precoce delle relazioni oggettuali.

- **REALTA' FETALE** → Il primissimo periodo di vita è paragonato alla realtà biologica del feto: la dipendenza del feto dall'ambiente e la sua esistenza dipende totalmente dall'assenza di discrepanze tra i bisogni e le risorse ambientali. Obiettivo fondamentale della vita adulta è il tentativo di riconquistare uno stato analogo a quello fetale. Le possibilità di raggiungere questa condizione sono poche, e tutte richiedono impegno e capacità. Il mezzo + comune per ristabilire la condizione fetale sta nella capacità di instaurare un rapporto di collaborazione e di raggiungere l'orgasmo.
- **AMORE E OGGETTO PRIMARI** → La forma primaria di ogni relazione è l'*amore primario*, cioè il desiderio di essere amati totalmente senza essere obbligati a dare nulla in cambio. L'*oggetto primario* è la madre, che ha desideri simili ai suoi e che lo soddisfa proprio come il bambino ama essere soddisfatto. L'oggetto è dato per scontato.
- **"DIFETTO DI BASE"** → è un *disturbo precoce delle relazioni oggettuali*, costituito da vissuti di frustrazione che il bambino sperimenta nel primissimo periodo di vita e che derivano dal fallimento totale dell'adattamento dell'ambiente ai suoi bisogni. La divergenza tra i bisogni del bambino e le cure ricevute dall'ambiente può essere causata o da un *fattore congenito* (richieste del bambino eccessive) o da un *fattore ambientale* (l'ambiente fallisce nel suo compito di adattamento totale ai bisogni del bambino. 4 sono le principali reazioni al "difetto di base":
  - 1) *amore primario*
  - 2) *narcisismo* (consiste nel darsi da sé ciò che è mancato nel rapporto con l'oggetto)
  - 3) *amore oggettuale attivo* (il bimbo cerca di piacere all'oggetto per esserne ricambiato) o *aggressività* (difesa messa in atto davanti alla perdita dell'onnipotenza)
  - 4) *ocnofilia* (instaurazione di legami improntati alla totale dipendenza, iperinvestimento dei rapporti oggettuali, l'ocnofilo conta solo sugli altri); *filobatismo* (si prova piacere solo nelle situazioni brivido, iperinvestimento delle proprie funzioni egoiche, il filobate conta solo su se stesso) → non sono delle patologie, se non nelle loro forme + estreme.
- **2 AREE MENTALI** → Si dipartono dall'amore primario e dal "difetto di base":
  - 1) *Area edipica*: si sviluppa per differenziazione dell'area del difetto di base (caratterizzata dal numero due). L'area edipica è caratterizzata dal numero tre (soggetto + 2 oggetti).
  - 2) *Area creativa*: si sviluppa per semplificazione dall'area edipica. E' caratterizzata dal numero uno. Il soggetto tenta di produrre qualcosa di nuovo.

- **LA REGRESSIONE** → Momento fondamentale del processo terapeutico. 3 livelli di regressione:
  - 1) Se coinvolge l'*area creativa* → il paziente, attraverso momenti di silenzio, esprime l'attivarsi di un processo creativo;
  - 2) Se coinvolge l'*area edipica* → il paziente può riconoscere con gratitudine i tentativi dell'analista di ampliare il campo duale al campo triangolare e collaborare così con lui;
  - 3) Se coinvolge l'*area del difetto di base* → il paziente si aspetta il pieno soddisfacimento dei suoi bisogni. 2 tipi di regressioni:
    - a) *Regressione maligna*: regressione per la gratificazione. Relazione precaria.
    - b) *Regressione benigna*: regressione per il riconoscimento. Relazione di fiducia.

### **LA PSICOLOGIA DEL SE': HEINZ KOHUT**

- **EMPATIA** → Capacità di provare ciò che un'altra persona prova. Gli strumenti privilegiati dell'osservazione psicoanalitica sono l'*introspezione del paziente* e l'*empatia dell'analista*. Lo psicoanalista dev'essere inoltre in grado di andare al di là dell'empatia e delle comprensione per poter spiegare i dati osservati.
- **TEORIA DELLO SVILUPPO** → Deve spiegare *in primis* la psicogenesi dei disturbi mentali. Lo sviluppo continua ben oltre l'infanzia e l'adolescenza e ogni struttura psicologica dipende in ogni fase della vita dalle funzioni di sostegno da parte degli oggetti-Sé. Si differenzia con il paradigma della Mahler per 2 principali punti:
  - Osservazione psicoanalitica di *pazienti adulti con disturbi narcisistici* di personalità (Mahler: osservazione del comportamento infantile);
  - 2 linee evolutive parallele e indipendenti (Mahler: unica linea evolutiva → assenza oggetto, simbiosi, autonomia).

QUINDI...

- Prospettiva d'indagine *ricostruttiva* → parte dall'osservazione psicoanalitica di pazienti adulti con disturbi narcisistici di personalità con lo scopo di ricostruire empaticamente esperienze infantili corrispondenti a situazioni riattivate durante la situazione analitica;
- "*doppio binario*" (*oggettuale e narcisistico*) dello sviluppo: 2 linee evolutive parallele →
  - 1) va dall'autoerotismo, attraverso il narcisismo, all'*amore oggettuale*;
  - 2) va dall'autoerotismo, attraverso il narcisismo, a *forme + alte di narcisismo*.Perciò sono presenti contemporaneamente sia una libido narcisistica che porta all'amore di sé, sia una libido oggettuale che porta all'amore verso gli oggetti. Per Kohut i bisogni narcisistici non sono qualcosa di negativo, e durano tutta la vita seguendo uno sviluppo parallelo a quello dell'amore oggettuale.



L'evoluzione tipica del narcisismo primario avviene secondo 2 linee guida contemporanee che portano alla formazione di 2 stati:

- 1) ***Imago parentale idealizzata*** → Stato in cui la psiche, dopo l'abbandono del narcisismo primario, salva una parte della perduta esperienza di perfezione narcisistica attribuendola a un oggetto-Sé arcaico e rudimentale. Attraverso l'*idealizzazione dell'oggetto parentale* si ha la formazione del Super-Io grazie all'*interiorizzazione trasmutante* → trasformazione in struttura interna di aspetti dell'oggetto-Sé grazie alla maturità evolutiva e ad un'adequata

rispondenza genitoriale. La riuscita del passaggio da rapporti oggettuali arcaici a rapporti oggettuali maturi fino al consolidamento di una struttura interna (Super-Io), dipende dall'esperienza reale con gli oggetti-Sé genitoriali, che hanno il compito di prestargli una struttura di cui il Sé del bambino ancora non dispone, per poi riprendersela.

- 2) **Sé grandioso** → è il complemento dello stadio dell'Imago parentale idealizzata. E' una posizione che si sviluppa in circostanze ottimali (Sé grandioso fallico), e resta fissata a livello arcaico in circostanze traumatiche (Se grandioso pre-fallico). Non si tratta di uno stato osservabile direttamente nel bambino, ma di una ricostruzione a partire dall'osservazione di certi fenomeni di transfert nella situazione analitica. Lo sviluppo del Sé grandioso può seguire 2 strade:
  - a) In condizioni ottimali il Se grandioso si sviluppa, l'intera struttura viene integrata nella personalità adulta. Le *reazioni parentali appropriatamente selettive* (cioè il riconoscimento e la diminuzione graduale del potere delle fantasie grandiose) favoriscono l'integrazione del Sé grandioso;
  - b) In condizioni di carenze materne, il Sé grandioso non si integra con l'Io ma si conserva nella sua forma inalterata per raggiungere i suoi scopi arcaici.

2 elementi muovono lo sviluppo:

- 1) *L'empatia genitoriale* (indispensabile per la coesione del Sé) e la *frustrazione ottimale* (delusioni tollerabili dell'equilibrio narcisistico primario che permettono di distinguere tra fantasia e realtà).
  - 2) I *lievi fallimenti empatici dei genitori* che consentono il consolidamento delle strutture di personalità.
- **REVISIONE DEL COMPLESSO DI EDIPO** → La psicologia del Sé sottolinea il potenziale di crescita piuttosto che gli "aspetti patogeni" presenti nella fase edipica: a differenza della psicoanalisi classica, si tratta di un periodo meno drammatico e conflittuale. Le esperienze del bambino dipendono dalle risposte più o meno empatiche degli oggetti-Sé genitoriali:
    - a) Se i genitori sono dotati di una sufficiente empatia, reagiranno ai desideri sessuali e alla competizione del figlio attraverso risposte sessuali e aggressive e allo stesso tempo con *gioia e orgoglio* → consolidamento del Sé;
    - b) Se i genitori sono privi dell'aspetto empatico, considereranno le manifestazioni edipiche sia sessuali che aggressive come allarmanti → conflitto edipico negativo.
  - **IL SE'** → Inteso come:
    - a) componente dell'apparato mentale
    - b) come centro dell'universo psicologico dell'individuoIl Sé si forma in quanto l'ambiente reagisce al bambino come se questo possedesse già un Sé rudimentale. Fondamentali per la sopravvivenza psicologica del Sé sono le *risposte empatiche dell'ambiente*. Quello che è patogeno non è il fallimento empatico occasionale dell'oggetto-Sé (anzi, la frustrazione ottimale è fondamentale nel consolidamento del Sé e nella formazione della capacità di tollerare la tensione), ma piuttosto l'incapacità cronica di rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino. Il *Sé nucleare* è la base del nostro senso di essere un centro autonomo di iniziativa e percezione.  
**Bipolarità del Sé** → Sé come arco di tensione costituito da due poli: le ambizioni e gli ideali. Un terzo polo costituito dalle abilità dell'individuo media tra ambizioni e ideali.

## Obiettivo Psicologia

*Ambizioni -----→ abilità -----→ ideali*

- **OGGETTO-SE'** → *funzioni* di anticipazione e di sostegno delle figure genitoriali, il cui bisogno perdura tutta la vita. Sebbene siano ricavati dal mondo esterno, penetrano nella struttura psichica del bambino fornendogli gli elementi necessari per la formazione e il consolidamento delle strutture psichiche fondamentali. La disponibilità degli oggetti reali a farsi usare come oggetti-Sé è alla base della salute mentale, così come l'indisponibilità e la radice fondamentale della psicopatologia.
- **LA PSICOPATOLOGIA** → E' causata dall'indisponibilità degli oggetti reali a fungere da oggetto-Sé del bambino. L'incapacità cronica degli oggetti-Sé è a sua volta dovuta alla psicopatologia dei genitori nell'ambito del Sé. I disturbi del Sé derivano da un duplice fallimento, sia materno che paterno nell'oggetto-Sé speculare e nell'oggetto-Sé idealizzato. Un ambiente che non risponde in maniera adeguata ai bisogni del bambino crea un Sé difettoso e carente. I "disturbi di personalità narcisistici" sono disturbi del Sé e della regolazione dell'autostima: i soggetti con tali disturbi tendono ad instaurare 2 tipi di transfert:
  - 1) *transfert speculare* → il paziente cerca di ottenere una risposta di conferma;
  - 2) *transfert idealizzante* → il paziente vive il terapeuta come se fosse un genitore estremamente potente la cui sola presenza può consolare.

La sintomatologia colpisce vari livelli:

- sfera sessuale;
- sfera sociale;
- tratti di personalità manifesti;
- sfera psicosomatica.

- **TEORIA KOHUTIANA DELLA TERAPIA** → Il compito essenziale dell'analisi è quello di esplorare le relazioni tra Sé e oggetto-Sé per poter contenere e rafforzare il Sé. Il *processo di guarigione*, costituito da innumerevoli percorsi a seconda delle specifiche potenzialità di salute del paziente, ha come primo obiettivo l'accrescimento delle strutture psichiche e la comparsa di empatia, umorismo, creatività e saggezza. Il trattamento psicoanalitico non costruisce un nuovo Sé nucleare, ma può colmare alcune lacune e debolezze del Sé, ponendo l'analista nel transfert come oggetto-Sé. Comprensione da parte dell'analista attraverso l'*empatia*.
- **L'UOMO TRAGICO E L'UOMO COLPEVOLE** → Il funzionamento dell'uomo segue 2 direzioni:
  - 1) *Uomo colpevole* → le mete sono dirette verso le *attività delle pulsioni*, secondo il principio di piacere (soddisfare il piacere e ridurre le tensioni). Es e Super-Io sono le componenti del suo apparato mentale.
  - 2) *Uomo tragico* → le sue mete sono dirette verso la *realizzazione del Sé*. Esprime un modello del Sé nucleare e va al di là del principio di piacere. Il centro dell'attività è l'arco di tensione che si estende tra i 2 poli delle ambizioni e degli ideali.

## LA NASCITA DEL PENSIERO: BION

- **MODELLO BIONIANO DI MENTE** → Immagine biopsicologica della mente: stretta connessione tra processi somatici e processi psichici. Il corpo invoca la psichicità come messa in forma di vissuti emotivi che premono per una qualche soluzione. Il pensiero lega questi vissuti per dar loro un significato. L'energia motiva l'attività psichica, è la messa in forma. Condizione di crescita psichica è la trasformazione: questa non è lineare ma deve passare per momenti di catastrofe che comportano una destrutturazione e un ritorno all'origine. Lo sviluppo è inteso come crescita, a partire dai bisogni corporei, del pensiero e delle funzioni

## Obiettivo Psicologia

mentali. Il livello proto-mentale della mente spiega le transizioni tra somatico e psichico e l'assetto originariamente grippale nella mente di ciascuno.

- **FREUD E BION** → stessa idea che la psichicità in principio è caratterizzata da stimoli e stati emotivi che non trovano immediato riscontro in un oggetto mentale. Ma mentre per Freud la psichicità si organizza in pulsioni, per Bion si organizza in un pensiero. Il termine "pulsione" viene sostituito dall'idea di "funzioni" atte a creare il pensiero.
- **KLEIN E BION** → passa in secondo piano l'idea delle mente come un mondo di oggetti interni. La mente è un contenitore di funzioni mentali, di oggetti di pensiero risultati dalla funzione di sin tesi e di trasformazione, legati tra di loro. La psicosi è causata dal crollo delle funzioni mentali. Se la Klein ha una modalità semanticistica (equazione simbolica), Bion ha una modalità sintattico-pragmatica (contesto del dire e intenzione del locutore).
- **STUDI SUI GRUPPI** → Il gruppo è considerato come se fosse un soggetto unico (non una somma di individui). Terapia di gruppo (e non in gruppo). *Mentalità di gruppo o cultura di gruppo*: è una serie di stati collettivi.

Assunti di Base (AdB) → 3 configurazioni tipiche e ricorrenti delle mentalità di gruppo:

- 1- AdB lotta e fuga: il gruppo si sente minacciato da un pericolo reale o immaginario;
- 2- AdB dipendenza: quando il gruppo attende da un leader di tipo carismatico la miracolosa soluzione dei problemi affioranti nel gruppo;
- 3- AdB accoppiamento: quando spera che dall'unione di alcuni membri del gruppo possa venir fuori un'ideaolutiva.

Il capo del gruppo è la persona che è in grado di cogliere e di dare in qualche modo sbocco alla cultura di gruppo in quel momento prevalente.

Sistema proto-mentale → qualcosa in cui il fisico e lo psicologico si trovano in uno stato indifferenziato; spiega il carattere collettivo delle emozioni e delle reazioni presenti. E' *transindividuale*: gli individui nel gruppo agiscono all'unisono, quasi fossero un unico organismo. Il proto-mentale se da una parte si radica nella struttura dei singoli, dall'altra si configura come una sorta di *gruppalità interna all'individuo*, poiché c'è in ciascuno di noi la propensione a essere tutt'uno col gruppo.

Gli AdB possono essere di ostacolo al gruppo poiché danno luogo alla dominanza dell'emozione e alla mancanza di senso critico; possono però anche essere funzionali, superando l'assunto di base nella differenziazione individuale e acquisendo una percezione + obiettiva della realtà.

**IL PENSIERO** → E'una *qualunque affezione che interessi la mente*. La crescita della personalità consiste nell'elaborazione del pensiero in forme + mature. Diversi tipi di pensiero: elementi alfa, pensieri onirici e i miti, preconfezioni, concezioni, concetti, sistema scientifico deduttivo, calcolo algebrico. Il pensiero scientifico sarebbe la forma più evoluta. Il pensiero è strettamente collegato con la sfera emotiva.

- 1) Elementi beta → afferenze sensoriali ed emotive grezze, che non sono organizzate dentro qualche pensiero. *Vissuti anteriori al pensiero*, "cose in sé" che esistono e si offrono indipendentemente dalla nostra rappresentazione. Occorre dar loro un significato altrimenti erompono in maniera distruttiva.
- 2) Funzione alfa → capacità di metabolizzare sensazioni ed emozioni grezze: elaborazione dei pensieri. Gli elementi alfa sono le *prime forme di pensiero*. Già nelle prime fasi di sviluppo grazie alla funzione alfa, si attua il passaggio da *preconcezione* (forma di pensiero consistente in un'aspettativa, una sorta di schema che prefigura l'oggetto soddisfacitorio) a *concezione* (incontro della preconcezione con impressioni sensoriali a essa adeguate, concezione dell'oggetto soddisfacitorio).

- Pensiero in assenza dell'oggetto → Un altro modo di intendere la formazione del pensiero dell'oggetto individuato da Bion, è che l'oggetto si forma in assenza dell'oggetto soddisfacitorio e consiste giusto nella rappresentazione dell'oggetto assente [richiamo a Freud]. Ruolo importante, ai fini dell'esercizio della funzione alfa è l'*innata capacità del bambino di sopportare la frustrazione*. Superamento della posizione depressiva della Klein: l'assenza dell'oggetto gratificante non è subito piegata nel senso della formazione dell'oggetto persecutorio. Il carattere di cattivo oggetto in Bion è legato alla stessa costituzione del pensiero dell'oggetto.

- Reverie materna → Alla formazione della funzione alfa, e in generale alla capacità del bambino di modificare gli elementi beta, concorre la madre con la maggiore o minore sua capacità di dare per prima un senso, una risposta corretta alle emozioni del bambino. La funzione materna di metabolizzare gli elementi beta del bambino, è resa possibile da ciò che Bion chiama *reverie*, cioè la dote di immedesimarsi con un pensiero preconettuale, empatico, nei vissuti del bambino, restituendogli elaborati. La *reverie* materna presuppone un'area proto-mentale, transindividuale. Entro quest'area comune i processi di identificazione proiettiva diventano plausibili.

- I miti → Bion li pone tra gli elementi alfa e le preconfezioni; il mito fa parte dell'apparato primitivo degli strumenti di apprendimento di cui dispone l'individuo e ha la caratteristica che le parti sono tenute insieme in un sistema: nessun elemento può essere compreso indipendentemente dal rapporto con gli altri elementi. In essi si fa luce il *patrimonio culturale comune* => mito di Edipo come facente parte dell'apparato mediante il quale l'Io prende contatto con la realtà, permettendo di strutturare il rapporto con i genitori.

- **BARRIERA DI CONTATTO** → Zona di passaggio, costituita sulla base del modello delle sinapsi neuronali, dove i processi mentali possono transitare in entrambi i sensi tra le aree psichiche del conscio e dell'inconscio. La funzione alfa forma sia i pensieri consci che quelli inconsci.
- **MOMENTO MOTIVAZIONALE** → Consiste sia della funzione alfa (operazione capace di costruire il pensiero), sia della necessità di modificare gli elementi beta (pena la patologia). Quindi nella costituzione di un pensiero convergono gli aspetti affettivi dinamici e le immagini relative agli oggetti soddisfacitori.
  - K, L, H → Parti del processo di connessione dei pensieri, componenti del "legame dinamico". Odio (H, hate) e amore (L, love) → qualità del legame che si instaura tra due soggetti, modalità di rappresentarsi l'altro. La conoscenza (K, knowledge) → conoscenza interpersonale che avviene in un rapporto di partecipazione di un soggetto all'altro. L'opposto all'amore non è l'odio, ma la rottura del legame; l'opposto della conoscenza non è l'ignoranza, ma la disgregazione della funzione del pensiero.

**DINAMICA DELLO SVILUPPO** → processo lineare, che avviene attraverso 2 operazioni:

- 1) *Interazione PS⇔D*: (oscillazione posizione schizo-paranoide e depressiva); a differenza della Klein, Bion mette queste 2 posizioni sul solito piano. PS⇔D diventa sintomo dei processi di frammentazione e di integrazione; illustra come l'analista riesca, entro un materiale dapprima frammentato e incoerente, a trovare un filo conduttore in un elemento unificante, che Bion chiama *fatto scelto*.
- 2) *Interazione contenitore-contenuto*: ha il suo prototipo nella funzione materna di ricettacolo capace di elaborare gli elementi beta proiettati dal bambino nella madre: contenitore e contenuto sono anzitutto parte dell'apparato della funzione alfa della madre. I 2 poli reciprocamente funzionali, dipendono l'uno dall'altro con mutuo beneficio.

- **SVILUPPO COME TRASFORMAZIONE IN O** → Bion insiste sia sulle ristrutturazioni necessarie in ogni cambiamento, sia sulla necessità di recuperare l'origine, entrando in contatto con quello che Bion chiama "O". Non essendo più sufficienti le *trasformazioni in K*, occorre rinunciare a K e ripassare per O. Le *trasformazioni in O* riguardano la realtà sostanziale anteriore alla conoscenza, perciò appaiono prioritarie e più radicali rispetto alle trasformazioni in K.

O → origine, è la sede di una *psichicità indifferenziata* (tra mente e corpo, soggetto e oggetto, individuo e altro), è definito come *verità assoluta*, perché è e si dà anteriormente a ogni pensatore: il soggetto pensante ha ancora da venire rispetto a quanto accaduto in O. O in se stesso è un vissuto inesprimibile, nel senso che eccede la parola. O è un *infinito vuoto* (di oggetti determinati) *senza forma*, è momento di ritorno a un'area destrutturate. O è l'area cui attinge ogni personalità fortemente innovativa, che ha elaborato un'idea nuova partendo dalle radici: sconvolgimento del *novatore*. Quando si vuol esprimere O lo si trasforma in K. Lo *sviluppo* è *catastrofico* e privo di tempo, non necessariamente è lineare, né assicurato.

Un processo di passaggio in O lo deve fare il soggetto in analisi, e anche l'analista, partecipando con il paziente, anche psicotico, ai momenti di terrificante destrutturazione che comporta l'esperienza di O, là dove il contenimento in un pensiero, che dia senso alle emozioni, ha ancora da venire.

#### **LA PSICOPATOLGIA** → cura analitica di *soggetti psicotici*:

- Psicotico → più che attaccare l'analista come oggetto cattivo, il paziente stravolge ciò che fa rapporto con lui, distorce la comunicazione linguistica. Bion estende la tesi dell'attacco al legame al rapporto infantile coi genitori, al rapporto con le persone dell'ambiente familiare, al rapporto del paziente con i suoi stessi oggetti interni. In gioco è una disgregazione della funzione di contenere. Lo psicotico appare come un soggetto sopraffatto da una serie di elementi beta collegati a un senso di catastrofe. La responsabilità della *catastrofe psicotica* è da attribuirsi al fallimento o alla carenza a suo tempo della *reverie* materna. Gli elementi beta, che non sono capaci di un processo trasformativo in alfa, danno luogo allo *schermo beta* (agglomerazione di vissuti non elaborati): ne risulta uno *pseudoapparato mentale*, che produce peculiari formazioni deliranti, che Bion chiama *oggetti bizzarri* (costrutto psicotico, cui concorrono elementi beta e parti della personalità scisse e proiettate).
- Nevrosi e psicosi → Nelle nevrosi il conflitto è tra un insieme di idee e un altro (conscio e inconscio): il soggetto è giunto a formulare un pensiero che però respinge; mentre nella psicosi si assiste al <crollo dell'apparato per pensare>: gli elementi beta rimangono cose in sé, vissuti non pensati e non suscettibili al ricordo.
- Terapia →
  - a) L'analista dovrebbe lasciarsi andare a pieno coinvolgimento di tutta la sua persona nella trasformazione in O;
  - b) Per Bion non ha senso che l'analista mantenga una parte di sé;
  - c) Diffidenza verso un uso inflazionato del controtransfert, in quanto tutte le interpretazioni avrebbero molto a che vedere con l'analista e poco con il paziente.
  - d) Il modello bioniano di mente non lavora tanto sulle categorie interno/esterno, ma su quella di *trasformazione*.
  - e) Analista e analizzando sono un gruppo a 2, le cui dinamiche assomigliano a quelle di un gruppo AdB □ così l'analista aiuta il paziente a dare forma di narrazione alle emozioni, all'atmosfera sorgiva nel vivo dell'interazione tra i due.

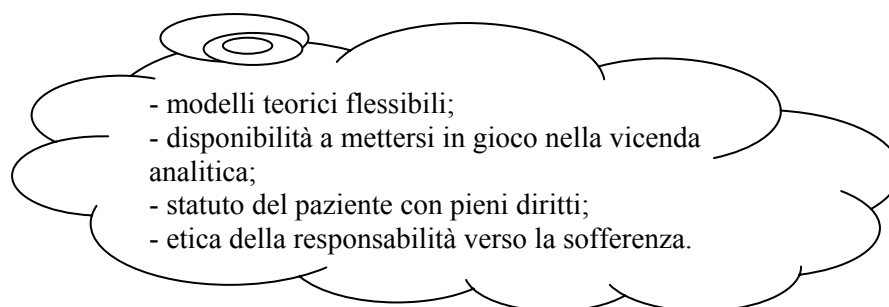
**IL CONCETTO DI CAMPO: I BARANGER E LE ELABORAZIONI ITALIANE**

- **CONCETTO DI CAMPO DINAMICO** → Nasce nella psicologia della Gestalt
- **CONCETTO DI CAMPO BIPERSONALE: I BARANGER** → Considera la situazione analitica come un *campo di interazione e di osservazione*, dove non c'è solo il paziente ma anche l'analista (*dimensione intersoggettiva*). E' l'oggetto immediato della percezione dell'analista, che ha il compito di osservare l'analizzando e se stesso dentro questo stesso ambiente. E' una *struttura spaziale e temporale* che si impone da subito e che si modifica però attraverso i *vissuti transferali e controtransferali* e i cambiamenti della coppia analitica. Dal punto di vista del controtransfert la situazione analitica dev'essere considerata come un incontro di 2 persone legate e complementari per la durata della situazione e contenute in uno stesso *processo dinamico*. Il campo si configura in un *contratto iniziale* in cui il paziente deve sapere regredire mentre l'analista deve sapere oscillare tra partecipazione e recupero di una posizione osservatrice. Tale configurazione funzionale di base è detta <<*relazione psicoterapeutica bipersonale*>>. E bipersonale da un punto di vista puramente percettivo (perché vi sono 2 persone nella stanza d'analisi), mentre è *multipersonale* dal punto di vista dei vari personaggi del mondo interno dell'analizzando durante la regressione e, in maniera minore, nell'analista.
  - *Il corpo in psicoanalisi* → Centralità del corpo nel setting analitico: l'analizzando costruisce un proprio linguaggio corporeo che va compreso e l'analista vi risponde col proprio corpo. *Controidentificazione proiettiva somatica* → l'analista manifesta reazioni somatiche in risposta alle identificazioni proiettive di cui è oggetto da parte del paziente. Egli quindi usa la risonanza della propria corporeità come indicatore dell'inconscia dimensione presente nella situazione analitica.
  - *Punto di urgenza* → E' la *fantasia inconscia di base del campo* che si forma nella relazione di coppia. L'analista deve saperla cogliere e interpretare. Tale fantasia inconscia di coppia non è la somma delle fantasie intrapsichiche dei membri della coppia, ma è qualcosa che si crea tra i 2 all'interno dell'unità e che essi costituiscono nel momento della seduta. E' il momento della seduta nel quale sta per emergere qualcosa dall'inconscio dell'analizzando. Corrisponde alla fantasia inconscia collettiva dell'AdB del gruppo che, fuori da quella situazione, non esiste in nessuno dei partecipanti del gruppo. E' una *Gestalt* inizialmente incompleta, che viene poi integrata dall'interpretazione dell'analista attraverso l'uso della *parola*. La fantasia inconscia del campo bipersonale è costituita dal gioco di identificazioni proiettive e introiettive e dalle controidentificazioni: queste devono essere limitate al massimo dall'analista (deve mantenersi in sospenso tra partecipazione e distacco) e massive per l'analizzando.
  - *Polarità mobilità-cristallizzazione* → Da un *punto di vista dinamico*, il processo analitico avviene entro 2 poli: la mobilità, in cui si ha la normale riedizione dei modelli relazionali cristallizzati e si sviluppa il processo; la cristallizzazione, quando la ripetizione di tali modelli soffoca l'incontro con la sua stereotipia, il campo si blocca e collassa. La paralisi del campo si realizza in prossimità dei cosiddetti bastioni. Da un *punto di vista teorico*, in accordo con la Klein, la polarità si definisce come movimento di scissione-integrazione: l'interpretazione produce la scissione e poi la reintegrazione dei bastioni scissi.
  - *Il bastione* → *Rifugio inconscio di imponenti fantasie di onnipotenza del paziente* che non può mettersi totalmente in gioco a causa del pericolo di cadere in uno stato di eccessiva debolezza. Il bastione del paziente può essere rinforzato da una <*macchia*

*cieca*>, una tendenza inconscia dell'analista a opporsi all'evoluzione del processo e a immobilizzare il campo. Il bastione si manifesta attraverso effetti indiretti.

- Campo ermeneutico: Corrao → Il *metodo interpretativo* consiste nel dare un senso agli enunciati (comunicativi e osservativi) ripartiti tra il *testo* (contenuto della comunicazione) e il *contesto* (contenitore che consente la formulazione e l'espressione del significato) in una data situazione.
  - Secondo sguardo → L'analista, partecipando al campo con identificazioni proiettive, irrisolti conflitti infantili e curvature nevrotiche (micronevrosi di controtransfert), onde evitare di paralizzare il campo, deve attuare un'*osservazione* che è allo stesso tempo *auto ed eterodiretta* poiché l'oggetto da considerare è l'unità del campo. Il secondo sguardo costituisce un'area intermedia in cui prendono vita gli accoppiamenti di fantasie provenienti dai 2 protagonisti della coppia.
  - La parola → Importante *potere interpretativo e terapeutico*: diviene oggetto portatore di gratificazione o di frustrazione. Ha 3 principali funzioni:
    - a) *veicola* relazioni d'oggetto ed emozioni primitive;
    - b) *integra* le strutture scisse;
    - c) *discrimina* le parti del campo riunite.Attraverso la funzione comunicativa della parola si consente l'*insight* → l'*integrazione delle fantasie transferali e controtransferali* relative al lavoro analitico.
- **CONCETTO DI CAMPO IN ITALIA** → Dimensione relazionale: l'enfasi sulla relazione ha contribuito a spingere l'analista sempre più alla co-partecipazione nella vicenda analitica. Il campo non ha il *fine* di scoprire una verità obiettiva, ma quello di *offrire ipotesi alternative*. 2 principali accezioni:
    - a) Campo ancorato al *modello della fisica*: caratteristiche di auto-organizzazione. E' uno *spazio terzo* esistente tra analista e paziente che tende a svuotare di efficacia le scelte interpretative, le risorse umane e la libertà dei soggetti di modificare il processo analitico. Campo che perturba reciprocamente oggetto e soggetto;
    - b) Campo in cui vengono congiunte *teorie e modelli diversi*. Campo come rete da pesca a maglie + fitte per pescare pesci meno prendibili: a seconda del pesce vi sono diversi tipi di rete (utilizzo di altri modelli in base al contesto situazionale analitico).

Punti in comune:



**IL MONDO RAPPRESENTAZIONALE: JOSEPH SANDLER**

- **INTEGRAZIONE TEORIA PULSIONALE ⇔ TEORIA DELLE RELAZIONI OGGETTUALI →**
  - Teoria pulsionale: la pulsione come forza motrice dell'apparato psichico. L'oggetto è il mezzo necessario per la soddisfazione della scarica pulsionale.
  - Teoria delle relazioni oggettuali: oggetto come forza motivante di per sé (non secondario alla pulsione). L'essere umano è motivato alla ricerca dell'oggetto, al desiderio di rapportarsi con esso: fattore motivazionale.
  
- **IL MONDO RAPPRESENTAZIONALE →**
  - Concetto di rappresentazione: atto del rappresentarsi un oggetto alla coscienza. Si distingue dalla percezione (registrazione passiva della realtà esterna) in quanto il suo oggetto non è presente. Le rappresentazioni possono essere sia conscie che inconscie.
  - Mondo rappresentazionale: all'inizio gli oggetti esistono per il bambino solo nel mondo esterno, poi diventano interni. Il bimbo organizza nel suo mondo rappresentazionale immagini sia dell'ambiente interno che esterno. Con lo sviluppo, queste rappresentazioni diventano stabili e acquistano una funzione anticipatoria.
  - Apparato psichico: E' un solutore di problemi, che fa parte dell'ambito non esperenziale: noi possiamo conoscere solo i contenuti mentali, non i meccanismi. *Ambito esperenziale* (tutto ciò che conosciamo) e *ambito non esperenziale* (non è conoscibile).
  - Rappresentazioni oggettuali: i primi oggetti del bambino sono esperienze piacevoli e spiacevoli. A queste si aggiungono altre esperienze che formano le prime rappresentazioni oggettuali, grazie all'innata capacità dell'essere umano di prendere parte a scambi con altri esseri umani. Il termine *desiderio* (che sostituisce quello di pulsione) allude al rapporto + diretto con l'oggetto: il bambino desidera entrare in rapporto con l'oggetto al fine di mantenere un sentimento di *sicurezza e di benessere* (il background della sicurezza come forza motivazionale intrapsichica). Il desiderio si esprime tramite una rappresentazione del Sé e dell'oggetto in interazione.
  - Desiderio: di mantenere un sentimento di sicurezza e di benessere. La <fantasia di desiderio> consiste in una soluzione che gratifica diversi desideri contemporaneamente.
  - <identità di percezione>: l'individuo ricerca, nel corso della sua esistenza, lo stesso tipo di interazioni che sono state sperimentate in passato come gratificanti. Per raggiungere ciò vi sono varie strade: una è quella dell'*attualizzazione* → agire nella realtà in modo che le cose vadano come sono nella fantasia gratificante.
  
- **IL CONFLITTO PSICHICO →** scontro tra impulsi che rappresentano soluzioni di conflitti infantili, che tendono a ripresentarsi nel presente in seguito al determinarsi di nuove

situazioni conflittuali. Soluzioni di conflitto accettabili nell'infanzia, non lo sono nell'età adulta: esse quindi vengono rimosse, e quando ricompaiono si scontrano.

- **L'INCONSCIO** → *Inconscio strutturale* (e non rimosso): insieme di meccanismi di funzionamento. Distinzione tra:
  - a) *Inconscio passato*: costruito che comprende tutti i desideri, gli impulsi e le modalità di risposta che si sono formate nei primi anni di vita. Si tratta per lo + di soluzioni di conflitti infantili. Rappresenta <il bambino nell'adulto>. Agisce mettendo in atto meccanismi difensivi appresi nel passato, in forme modificate in quanto sono inaccettabili per l'adulto. I suoi contenuti sono recuperabili solo attraverso ricostruzioni.
  - b) *Inconscio presente*: agisce allo scopo di mantenere l'equilibrio nel presente, e perciò considera l'inconscio passato come qualcosa da cui difendersi. I suoi contenuti sono facilmente accessibili.
- **LA PRATICA CLINICA** → La psicoanalisi deve essere un corpo di idee *flessibile*, in cui, accanto alle teorie ufficiali, ogni analista sviluppi nel suo lavoro teorie parziali che successivamente potranno diventare "ufficiali". Concetti quali quelli di pulsione, conflitto e relazioni oggettuali si sono modificati nel tempo.

### **LA PERSONALITA' BORDERLINE: OTTO KERNBERG**

- **INTEGRAZIONE PSICOLOGIA DELL'IO ↔ RELAZIONI OGGETTUALI** →
  - Considera le pulsioni come costituite da una rappresentazione del Sé e dell'oggetto tenute insieme dagli *affetti* → strutture psicofisiologiche automatiche fin dalla nascita, che si costituiscono come strutture di memoria della relazione con l'oggetto. Il sistema motivazionale di base è costituito dagli affetti indifferenziati che spingono il bambino verso l'oggetto. Sono gli elementi costitutivi delle pulsioni.
  - *L'esperienza relazionale* è al centro del modello psicologico: Io e Sé non esistono al di fuori di una relazione con un oggetto. Le prime esperienze infantili sono composte da rappresentazioni non ancora differenziate e dalla qualità "buona o cattiva" dell'esperienza. All'interno della relazione madre-bambino si strutturano le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto e le relazioni tra di loro, che vengono internalizzate in modi diversi. Integrazione delle esperienze buone e scissione delle esperienze cattive.
- **ORGANIZZAZIONE DI PERSONALITA' BORDERLINE** → Area limite tra psicosi e nevrosi con un'organizzazione patologica specifica e stabile della personalità.
  - *Analisi descrittiva*:
    - a) Angoscia cronica e diffusa;
    - b) Nevrosi polisintomatica;
    - c) Tendenza sessuali perverse polimorfe;
    - d) Strutture classiche della personalità prepsicotica;
    - e) Nevrosi impulsiva e tossicomania.
  - *Analisi strutturale*:
    - a) Manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io;
    - b) Spostamento verso il pensiero primario (pensiero privo di struttura, simile a quello psicotico);
    - c) Meccanismi di difesa specifici: scissione e identificazione proiettiva;
    - d) Patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate: immagini del Sé primitive e mancata maturazione del Super-Io;

e) Scarsa capacità empatica: gli altri vengono svalutati e manipolati.

- *Comprensione psicodinamica:*

I pazienti, dopo aver superato la fase simbiotica, si fissano alla fase di separazione-individuazione, soprattutto durante la sottofase di riavvicinamento: per questo distinguono il Sé dall'oggetto ma temono di essere abbandonati dalle figure significative, rivivendo continuamente una crisi infantile.

- *Critiche al modello psicodinamico:*

- a) Kernberg si concentra sulla sottofase di riavvicinamento trascurando la fase genitale-edipica;
- b) Attribuisce ai pazienti borderline una costituzione di base fin troppo rabbiosa.

• **IL PAZIENTE NARCISISTA** → Differenze tra l'analisi di Kohut ≠ Kernberg.

**1) Kohut:**

- a) Analizza pazienti relativamente buoni;
- b) Il disturbo narcisistico di personalità è differente dagli stati borderline;
- c) Il Sé del paziente narcisista è un Sé normale.

**2) Kernberg:**

- a) Analizza pazienti + primitivi e aggressivi;
- b) Pazienti narcisistici sono simili ai pazienti borderline; Somiglianze → meccanismi difensivi di scissione, dissociazione primitiva, identificazione proiettiva, idealizzazione patologica, controllo onnipotente, ecc; Differenze → i pazienti narcisistici hanno un livello di funzionamento + regolare dei pazienti borderline che tendono ad avere rappresentazioni alterne di sé.
- c) Il Sé del paziente narcisista è un Sé patologico.

## **LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO: JOHN BOWLBY**

- **ATTACCAMENTO** → *Primitivo sistema motivazionale allo sviluppo*, che spinge il bambino a una specifica *relazione di attaccamento* con la madre. Le prime forme di attaccamento costituiscono il prototipo sul quale si organizzano le successive relazioni affettive. Sulla base delle osservazioni dirette sui bambini, e servendosi di varie discipline come la psicoanalisi e l'etologia, Bowlby ne ricava che la perdita della figura materna possa generare reazioni e processi psicopatologici. *L'attaccamento che unisce il piccolo alla madre è una motivazione primaria, una tendenza innata a stabilire dei legami con individui della propria specie indipendentemente dalla gratificazione dei bisogni primari.* Distinzione tra attaccamento ≠ comportamento di attaccamento:

- *attaccamento*: la persona è fortemente portata a cercare la prossimità e il contatto con quella *specifica persona* in quelle *specifiche condizioni*;
- *comportamento di attaccamento*: ogni forma di comportamento che appare in una persona che riesce a mantenere la vicinanza verso *persone diverse* e in *condizioni diverse*.

L'attaccamento e il comportamento di attaccamento si basano sul *sistema di comportamenti di attaccamento*, cioè un modello del mondo in cui vengono rappresentati il Sé, gli altri e le loro relazioni.

- **STRANGE SITUATION** (Ainsworth) → 3 modelli di attaccamento, con i loro relativi *modelli operativi interni* (internale working models, IWM) → *rappresentazioni interne delle interazioni* tra se stesso e le figure di attaccamento sulla base delle esperienze relazionali avute con le figure di attaccamento. I IWM diventano lo strumento per interpretare le info che provengono dal mondo esterno e per orientare il comportamento: funzionano in modo automatico.
  - 1) *Attaccamento sicuro* → madre responsiva; IWM: il bimbo come persona degna di essere amata e gli altri pronti sempre ad aiutarlo;
  - 2) *Attaccamento ansioso-evitante* → madre insensibile; IWM: bimbo come non degno di essere amato e gli altri come persone da cui non aspettarsi niente;
  - 3) *Attaccamento ansioso-ambivalente* → madre imprevedibile; IWM: bimbo come non degno di essere amato e gli altri come persone inaffidabili.

- **LA PSICOPATOLOGIA** → L'attaccamento di tipo sicuro costituisce una "base sicura" per la formazione di una personalità integrata, mentre l'attaccamento di tipo insicuro è il precursore di difficoltà nello sviluppo e di disturbi psichiatrici in età adulta.

3 sono le cause che influenzano i disturbi psichiatrici:

- 1) disgregazione del legame di attaccamento (divorzio, morte genitore);
- 2) internalizzazione di modelli di attaccamento precoce disturbati (carenze qualitative dei genitori);
- 3) percezione attuale delle proprie relazioni.

#### • **TEORIA DELL'ATTACCOMENTO ≠ TEORIA PSICOANALITICA CLASSICA**



- 1) L'attaccamento come motivazione primaria;
- 2) Importanza data alla realtà osservabile;
- 3) Il bambino (attivo) ha una relazione di attacco dipendente con la madre;
- 4) legame di attaccamento come causa della patologia;



- 1) La pulsione come motivazione primaria;
- 2) Importanza data al mondo interno;
- 3) Il bambino (passivo) ha un rapporto di dipendenza con la madre orientato alla sopravvivenza;
- 4) Regressione-fissazione come causa della patologia;

- **ADULT ATTACHMENT INTERVIEW** (AAI, Mary Main) → strumento principale per la valutazione dei modelli operativi interni: intervista semistrutturata con domande dirette relative alle relazioni infantili con le figure di attaccamento e alla loro influenza esercitata sul successivo sviluppo.

3+2 differenti pattern di attaccamento adulto:

- 1) *Individui "autonomi-sicuri"*
- 2) *Individui "preoccupati o coinvolti"*
- 3) *Individui "distanziati"*
- 4) *Individui "con traumi o lutti non risolti"*
- 5) *"Non classificabile"*

Esiste una *correlazione* tra il tipo di modello operativo interno del genitore e il tipo di attaccamento del bambino. Queste correlazioni sono *prevedibili* anche prima della nascita del bambino.

### IL MODELLO DI SVILUPPO IN PSICOANALISI: DANIEL STERN

#### • **CRITICA AL CONCETTO DI FASI DELLA PSICOANALISI** →

- Stern ritiene necessario superare il punto di vista *patomorfo e retrospettivo* della psicoanalisi classica, in quanto considera le fasi di sviluppo come organizzatori centrali

dell'esperienza psichica responsabili della futura psicopatologia. Il concetto di fissazione-regressione non è adeguato a spiegare lo sviluppo e la psicopatologia, individuata unicamente nel periodo infantile. Stern quindi critica l'ipotesi di uno sviluppo come una *progressione evolutiva per fasi successive*.

- Egli contesta anche la fase "*autistica-normale*" della Mahler per 2 principali motivi:
  - a) l'utilizzo di una terminologia inadeguata a periodi evolutivi normali;
  - b) l'idea di un bimbo "asociale" incapace di differenziare il Sé dall'altro.
- **BAMBINO →** E' *attivamente impegnato nella ricerca di stimoli* e in grado di regolare, con il contributo materno, il loro eccesso o la loro carenza per raggiungere livelli ottimali di stimolazione. E' *predisposto all'interazione sociale* che gli permette di sperimentare uno *stato di differenziazione tra Sé e l'altro*.
- **MODELLO DI COSTRUZIONE CONTINUA DELLO SVILUPPO →**
  - *Sviluppo → sequenza evolutiva di compiti adattativi* che emergono con la maturazione delle capacità fisiche e mentali del bambino e che possono essere *risolti all'interno del sistema diadico madre-bambino*, al fine di conseguire l'adattamento. Ogni livello richiede alla diade un livello + elevato di regolazione. *Prospettiva essenzialmente relazionale*: il bambino viene considerato fin dalla nascita come parte di un *sistema interazionale continuo*. Importanza del contesto evolutivo e delle continue transazioni tra individuo e ambiente. Il vero oggetto di studio è il sistema dinamico di *relazione madre-bambino*. Le interazioni sociali precoci rappresentano il *prototipo* per i successivi scambi interpersonali: attraverso queste interazioni il bambino costruisce le rappresentazioni di Sé e dell'altro, organizzando l'esperienza sulla base dell'identificazione di caratteri invariati di un'esperienza (*isole di coerenza*). Questi conducono ad una *categorizzazione progressiva dell'esperienza*, portando alla formazione di prototipi (rappresentazioni di momenti M). La creazione di tali *strutture interiorizzate* assicura la coerenza di Sé e della relazione stessa e un senso di *continuità*.
  - 2 caratteristiche principali dello sviluppo:
    - a) i *cambiamenti biocomportamentali* dei primi 3 anni di vita, considerati come dei compiti adattivi sempre + complessi;
    - b) la *tendenza innata all'organizzazione globale* e coerente *dell'esperienza* attraverso le rappresentazioni.  
Il bambino possiede 2 capacità per sperimentare se stesso e la realtà in modo organizzato e globale: la percezione amodale e la percezione degli stati affettivi.
- **I SENSI DEL SE' →** *Principi organizzatori dell'esperienza soggettiva*: danno coerenza e continuità all'esperienza dell'individuo. Emergono in coincidenza con le conquiste evolutive dei primi 3 anni di vita. Ogni senso del Sé emerge in congiunzione con i cambiamenti dello sviluppo infantile. Non sono stadi o fasi, in quanto operano continuamente e simultaneamente per tutto il corso della vita, rappresentando forme diverse e specifiche di fare esperienza di sé e delle relazioni interpersonali. All'emergere dei diversi sensi del Sé si accompagna la comparsa progressiva di *nuovi campi di relazione*, cioè di modalità nuove di sperimentare le esperienze interpersonali.
  - 1) *Il senso del Sé emergente (0-2 mesi)* → L'innata capacità di stabilire connessioni consente al bambino di sperimentare il precoce e graduale processo di integrazione e di organizzazione dell'esperienza
  - 2) *Il senso del Sé nucleare (2-6 mesi)* → Le *predisposizioni sociali* del bambino costituiscono le esperienze fondamentali all'interno delle quali il bambino identifica le "isole di coerenza", cioè le costanti che identificano il Sé nucleare e l'altro nucleare. Capacità del bambino di percepirsi

come un'entità fisica unitaria dotata di coesione, volontà, continuità e vita affettiva propria. Tutto ciò grazie alla *memoria*, il processo di base per la costituzione del senso di continuità. *Distinzione del Sé dall'altro nucleare.*

- 3) *Il senso del Sé soggettivo (7-15 mesi)* → *Intersoggettività e condivisione degli stati mentali e affettivi* (esistenza di una <teoria della mente>). La *sintonizzazione affettiva* è una corrispondenza interattiva tra madre e bambino che si verifica a livello degli stati interni (e non del comportamento).
- 4) *Il senso del Sé verbale (15-18 mesi)* → Il bambino è consapevole di sé, in modo *autoriflessivo*. Utilizzo del linguaggio in maniera comunicativa e simbolica. 2 conseguenze:
  - a) verbalizza i contenuti dell'esperienza;
  - b) discrepanza tra le modalità di percezione amodali e le modalità linguistiche.
- 5) *Il senso del Sé narrativo (3-4 anni)* → Ricostruzione in forma narrativa della propria storia, un'autobiografia. Effetto organizzante nuovo e trasformativi dell'esperienza e della sua rappresentazione.

- **LA PSICOPATOLOGIA** → E' un'*accumulazione di modelli* lungo una serie continua, dove ad un estremo si collocano le patologie causate dall'accumulazione di modelli relazionali patogeni che non hanno un'origine precisa, e all'altro estremo si trovano le nevrosi attuali in cui è possibile risalire all'evento traumatico isolato che ha colpito l'individuo. I disturbi psichici sono *l'espressione sintomatica di modelli di relazione disturbati che sono stati interiorizzati*. La patologia dev'essere indagata a livello delle interazioni della coppia madre-bambino: contributo attivo sia della madre che del bambino (*reciprocità*). Stimolazioni eccessivamente intense o carenti possono condurre alla patologia.

- *Schemi di "essere con"* → esprimono un punto di vista soggettivo del bambino relativo al vedersi in relazione con un'altra persona. Sono delle *"esperienze rappresentate"* sulle quali si vanno a strutturare i modelli relazionali e anche la formazione dei vari sensi del Sé. Si assiste ad un passaggio dall'esperienza vissuta verso quella rappresentata, fino alle rappresentazioni evocate. Le rappresentazioni riguardano l'aspetto *procedurale* (e non categoriale) in cui ci si rappresenta se stessi nelle interazioni. Nella *interazione del bambino con una madre depressa* si distinguono diversi schemi di "essere con":
  - a) esperienza di *microdepressione*: anche il bambino attraverso l'identificazione e l'imitazione sperimenta lo stato depressivo;
  - b) individuo *rianimatore*: il bimbo cerca di rianimare la madre e di farla uscire temporaneamente dalla depressione;
  - c) *falsa interazione* tra una falsa madre e un falso sé: la madre si sforza di dedicarsi all'interazione col bambino.
- *Processo di rfigurazione* → processo in cui è possibile andare avanti e indietro liberamente tra molteplici schemi. Tale processo costituisce la *fantasia*.

- **TERAPIA** → Per poter lavorare nella terapia è necessario individuare l'origine *narrativa* della patologia del paziente. Cause delle patologie ai vari livelli del Sé:
  - Livello del *Sé nucleare*: influenze esterne continuative di iperstimolazione (adattamento passivo) e di ipostimolazione;
  - Livello del *Sé soggettivo*: sintonizzazioni imperfette (la madre si insinua nell'esperienza affettiva del bimbo e poi gliela sottrae) e sintonizzazioni selettive (la madre riconosce solo le esperienze positive e accettabili del bambino)
  - Livello del *Sé verbale*: si escludono dall'espressione verbale le esperienze soggettive percepite come dannose.

La conoscenza dei sensi del Sé è un importante strumento di orientamento per collocare su quali e quanti livelli dello sviluppo del Sé una qualità traumatica ha esercitato la sua influenza.

- IN SINTESI...

## Obiettivo Psicologia

- cambiamenti biocomportamentali risolti all'interno della relazione diadica;
- capacità innata di costruire rappresentazioni unitarie dell'esperienza;
- sperimentazione della realtà con la percezione amodale e la percezione degli affetti vitali;
- patologia come espressione sintomatica di modelli relazionali disturbati interiorizzati;
- lo sviluppo dipende dai processi interpersonali;
- ruolo del contesto e della qualità familiare;
- ruolo delle rappresentazioni interne e delle aspettative relative al porsi in relazione con gli altri.

## TEORIA MULTIMOTIVAZIONALE: JOSEPH LICHTENBERG

### • TEORIE IN COMPETIZIONE TRA LORO:

- No-drive → punto di vista ermeneutico;
- One-drive → psicologia del Sé;
- Two-drive → punto di vista relazionale;
- Multi-drive theory → teoria multimotivazionale (matrice relazionale come struttura motivazionale)

- **MOTIVAZIONE** → Processo interno che stimola un individuo all'azione e che termina con il raggiungimento di una meta o con il conseguimento di una ricompensa.

- **ROBERT EMDE** → Propone una multidrives theory che ha molto in comune con la teoria di Lichtenberg. Ruolo centrale degli *affetti* → strutture stabili a livello intrapsichico in grado di guidare l'esperienza soggettiva, rappresentano i *fattori motivazionali primari* (innati e universali). Sono aspetti della *regolazione* evolutiva e costituiscono i processi che danno *continuità* alla nostra esperienza. Il bambino nasce con dei *programmi di sviluppo* che si esplicano attraverso dei *principi motivazionali* di base che sono:

- *l'attività*
- *l'autoregolazione*
- *la predisposizione alla socializzazione*
- *il monitoraggio affettivo*

*Strutture affettive motivazionali* → esperienze interattive internalizzate a livello intrapsichico che guidano il comportamento e l'esperienza soggettiva riferibile a 3 differenti aspetti del nucleo affettivo del Sé:

- *esperienza del Sé*
- *esperienza dell'altro*
- *esperienza del Noi (del Sé con l'altro)*

- **LICHTENBERG** → *Teoria della motivazione strutturata* (infant research + psicoanalisi classica). Presenza di *molteplici motivazioni primarie* (non di una sola). Il concetto di *sistema motivazionale* si basa da una parte sul concetto di *bisogni di base* e dall'altra sul concetto di *Sé* come centro delle motivazioni. Le motivazioni hanno origine soltanto dall'esperienza vissuta. La *motivazione* come <una serie di sistemi progettati per promuovere il soddisfacimento e la regolazione dei bisogni di base>. Vi sono 5 fondamentali bisogni attorno ai quali è organizzato un sistema motivazionale. Tali sistemi motivazionali sono:

- *Regolazione psichica delle richieste fisiologiche* (coerenza e ritmo);
- *Attaccamento e affiliazione* (bisogno del bimbo e prontezza del caregiver);
- *Esplorazione e assertività* (senso di competenza e di efficacia);
- *Relazione avversiva tramite antagonismo e ritiro* (alleviare la sofferenza);

- *Il piacere sensuale-sessuale*

▪ **SVILUPPO DEI SISTEMI MOTIVAZIONALI →**

- *Sviluppo* → evoluzione di un sistema complesso, interazionale, che costantemente cambia, integra, trasforma e si sposta verso livelli organizzativi + complessi. Il bambino è considerato in un processo di crescita multiplo che arricchisce il senso della realtà personale, realtà che il bimbo costruisce attivamente. Quando uno dei singoli sistemi è dominante gli altri divengono sottoserie motivazionali di maggiore o minore influenza. I sistemi sono *intercollegati*: in particolari circostanze un sistema può essere *dominante* mentre gli altri possono essere silenti, oppure si può osservare una tensione tra sistemi che tuttavia devono essere considerati compresenti e interagenti. Al centro di tale funzionamento psichico vi sono gli *affetti* integrati con i sistemi motivazionali, che forniscono, in modo polifunzionale, i *significati primari dei livelli della dominanza motivazionale*. Questi livelli persistono durante tutto l'arco della vita. Ogni sistema motivazionale è organizzato gerarchicamente: in primo luogo vi sono gli schemi elementari appresi, poi, a un livello + alto, i desideri.
  - *Sé* → centro indipendente per iniziare, organizzare, e integrare la motivazione. E' il fulcro dell'esperienza e della motivazione. Può lavorare in modo attivo o passivo.
- **LA PSICOPATOLOGIA →** Se i bisogni di base specifici, relativi ai 5 sistemi motivazionali, non sono soddisfatti, la persona sperimenta un senso di *coesione disturbata*.
- *bisogni ≠ desideri*: i bisogni sono fondamentali per il mantenimento della *coesione del Sé*, mentre i desideri sono motivazioni multiformi spesso in competizione reciproca, che possono o no coincidere con i bisogni. Essendo i sistemi interconnessi, l'insuccesso nella regolazione di un sistema motivazionale contribuisce all'insuccesso nella regolazione degli altri sistemi.
  - *Scene modello*: rappresentazioni delle esperienze normali o patologiche infantili, contenute nella memoria come un *prototipo* di molte esperienze simili. Illustrano specifici pattern ripetitivi di interazione in cui gli affetti connotativi si mantengono particolarmente attuali. Tali scene modello forniscono la chiave d'accesso al mondo interno del paziente in termini di schemi organizzatori dell'esperienza. Sono strettamente collegate ai diversi sistemi motivazionali e creano una comunicazione del paziente permettendo di ricostruire la sua <storia narrativa> (linguaggio). La ricerca della *verità clinica* utilizza le scene modello, che si riferiscono a 3 costrutti:
    - a) fantasie inconscie, opinioni, credenze patologiche;
    - b) concezioni che paziente e analista costruiscono insieme;
    - c) costrutti che derivano da situazioni prototipiche delle teorie dello sviluppo.
- **TERAPIA →** Il trattamento analitico è caratterizzato da scambi attivi al pari del tipo di attività intersoggettiva che ricorda la diade madre-bambino.
- comportamento osservabile;
  - sistemi affettivi primari a base biologica differenziati;
  - sistemi complessi in continua interazione tra loro.