

**FrancoAngeli**

*Collana diretta da Piero Petrini*

**PSICODINAMICAMENTE**

Piero Petrini, Annamaria Mandese  
**Manuale del Processo  
Psicoanalitico Mutativo  
PPM**

La relazione psicoanalitica  
come trasformazione  
fin dal primo colloquio



**Editors:** *Anita Casadei, Annamaria Mandese, Nicoletta Visconti, Piero Petrini*

**Comitato scientifico:** *Mario Amore, Annibale Bertola, Marilena Capriotti, Antonio Corniello, Massimo Di Giannantonio, Amato Fagnoli, Stefano Ferracuti, Caterina Fiorilli, Andrea Fossati, Agnese Giudici, Luigi Janiri, Marco Longo, Paolo Migone, GianMarco Polselli, Alberto Siracusano*

**Comitato d'onore:** *Paolo Girardi, Camillo Loredi, Mario Maj, Patrizia Moselli, Alberto Zucconi, Renata Tambelli*

**Comitato organizzativo:** *Sara Acampora, Alessia Cangì, Giulia I. De Carlo, Giorgia Marziani, Martina Petrollini, Daniela Veneruso*

Scopo primario della collana è proporre testi di alto valore scientifico e culturale nell'ambito della psicologia dinamica ad orientamento psicoanalitico.

Fondamentale rilevanza viene data al confronto tra teorizzazioni diverse su uno stesso argomento, con particolare riferimento ai disturbi della personalità, al funzionamento della personalità, al trattamento terapeutico e a tutto ciò che concerne il setting (privato, pubblico, istituzionale) e la sua gestione.

Target di riferimento sono i professionisti del campo, gli allievi in formazione, nello specifico attraverso la pubblicazione di manuali relativi alla psicopatologia della personalità.

Inoltre una certa rilevanza acquisterà la ristampa di vecchi classici e la pubblicazione e traduzione di testi stranieri.

I titoli della Collana sono sottoposti a referaggio

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Piero Petrini, Annamaria Mandese

# **Manuale del Processo Psicoanalitico Mutativo PPM**

La relazione psicoanalitica  
come trasformazione  
fin dal primo colloquio

**FrancoAngeli**

PSICODINAMICAMENTE

In copertina: *Oak tree*, © Littlemacproductions, by Dreamstime

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*Ai nostri figli  
Giacomo e Luca (Annamaria)  
Luca, Alessandro e Andrea (Piero)*



# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	9
Ringraziamenti	»	14
<b>1. Prolegomeni</b>	»	15
1. Teoria evolutiva della crisi	»	15
2. Modello teorico genitale	»	29
3. Semeiotica in parallelo: il linguaggio medico ed il linguaggio psicoanalitico	»	38
4. Cambiamento trasformativo condiviso	»	52
<b>2. Tecnica e sue fasi</b>	»	63
1. Valutazione del funzionamento psichico	»	63
1.1. Prima del primo colloquio	»	67
1.2. Il primo incontro vis à vis	»	79
2. Costruzione dell'ipotesi psicodinamica e interpretazione psicoanalitica mutativa	»	97
2.1. Costruzione dell'ipotesi psicodinamica	»	97
2.2. Struttura di personalità nevrotica	»	100
2.3. Organizzazioni di personalità limite	»	101
2.4. Struttura di personalità psicotica	»	103
2.5. Interpretazione iniziatica mutativa	»	107
3. Definizione del setting e del progetto terapeutico	»	114
<b>3. IPM e le diverse organizzazioni di personalità: linee guida</b>	»	122
1. IPM e psicosi	»	126
1.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis... → pre-controtransfert	»	129
1.2. Seconda fase: primo colloquio	»	130
1.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	136
2. IPM e pre-psicosi	»	138



2.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis...		
→ pre-controlrotransfert	pag.	149
2.2. Seconda fase: primo colloquio	»	150
2.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	153
3. IPM e organizzazione perversa	»	154
3.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis...		
→ pre-controlrotransfert	»	162
3.2. Seconda fase: primo colloquio	»	164
3.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	169
4. IPM e organizzazione borderline	»	170
4.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis...		
→ pre-controlrotransfert	»	179
4.2. Seconda fase: primo colloquio	»	182
4.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	185
5. IPM e organizzazione narcisistica	»	187
5.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis...		
→ pre-controlrotransfert	»	196
5.2. Seconda fase: primo colloquio	»	199
5.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	203
6. IPM e stati limite superiori	»	204
6.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis...		
→ pre-controlrotransfert	»	212
6.2. Seconda fase: primo colloquio	»	214
6.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	218
7. IPM e nevrosi	»	219
7.1. Prima fase: al telefono, primo incontro vis à vis...		
→ pre-controlrotransfert	»	226
7.2. Seconda fase: primo colloquio	»	228
7.3. Terza fase: le tre sedute successive	»	231
<b>Appendice</b>	»	233
<b>Bibliografia</b>	»	241

# Introduzione

*“La soluzione delle vecchie  
contraddizioni è nella contraddizione  
delle vecchie soluzioni”*  
P. Petri

Il *processo psicoanalitico mutativo* – PPM – è un metodo di intervento psicoterapeutico che si rifà al modello teorico psicoanalitico. Il suo obiettivo principale è la trasformazione del funzionamento psichico del paziente evidentemente entrato in crisi.

Tale obiettivo è irrealizzabile senza una chiarezza diagnostica relativa dapprima al funzionamento psichico e poi alla struttura o organizzazione di personalità sottostante.

Il PPM dunque prevede una fase iniziale chiamata *investigazione psicoanalitica mutativa* – IPM – che non si limita a costruire un profilo psicopatologico, ma prevede già dalla fine del primo colloquio interventi trasformativi terapeutici.

All'illustrazione dell'IPM è dedicato questo primo volume del PPM.

Nel corso dell'elaborazione, costruzione e verifica in ambito clinico del PPM, infatti, si è avvertita sempre più l'esigenza di scrivere un manuale che illustrasse il modello teorico a cui si ispira la tecnica di cui si avvale con continui riferimenti ad esempi clinici.

Il manuale mira a dimostrare “quanto sia grigia la teoria senza il verde della clinica” e come sia possibile rendere semplice il complesso, così che tutti possano fruirne. In effetti, che cosa può caratterizzare di più uno psicoterapeuta se non il rendere semplice il complesso e complesso il semplice per ritrovarsi così in tutta la complessità della mente?

Ogniqualevolta, infatti, noi psicoterapeuti ci relazioniamo ad un paziente dobbiamo tener conto ed elaborare tantissimi elementi contemporaneamente:

- ciò che avviene nella realtà relazionale del qui ed ora, che coinvolge a sua volta moltissimi piani verbali e non verbali, consci e preconschi;
- ciò che ci evoca a livello di immagini, risultanti di processi associativi

- che attingono anche nel nostro mondo fantasmatico e che ci permettono di realizzare costruzioni psicodinamiche del mondo interno del paziente;
- ciò che interseca simboli e oggetti simboleggiati utili ai fini interpretativi.

Questo manuale si propone perciò di far nascere in chi lo leggerà l'esigenza di sentire, ascoltare e stare con il paziente; dalla voglia di crescere con lui e farlo crescere.

Durante la sua preparazione, ci è capitato tra le mani un testo di Maurizio Mancina dal titolo "Sentire le parole", scritto nel 2007, in cui questi esordisce con una dedica: "Ai compositori e musicisti di tutti i tempi che mi hanno insegnato a "sentire le parole".

Il sentire dello psicoterapeuta non riguarda solo le parole ma anche il silenzio, le emozioni, le fantasie, che al pari di un bisturi chirurgico prova a dare una forma clinica alla tecnica e alla teoria psicoanalitica.

Divulgare un modello psicoterapeutico che sia rigoroso ma non rigido, definito ma non limitato, ponte tra due mondi: l'esterno e l'interno, sul quale scorrono la comunicazione, la relazione, l'interazione, la cura e la crescita, è stata un'altra motivazione a scrivere il manuale sul processo psicoanalitico mutativo. Il corpus strutturale e tecnico della psicoanalisi classica, è rimodellato verso un metodo che concepisce in modo diverso aspetti procedurali inerenti il setting, l'incontro, il transfert, il controtransfert, la relazione. Le radici di questo punto di arrivo, che è anche punto di partenza per un nuovo progetto, sono quelle che i nostri maestri ci hanno insegnato per capire e curare chi soffre con umiltà e senza presunzione, per confrontare il nostro mondo interno con quello dei pazienti in seno ad uno spazio intermedio che racchiude il sociale, l'etico, il familiare, il politico, la cultura e la religione, amplificando il nostro sentire.

Il PPM, processo psicoanalitico mutativo, è un metodo d'intervento sulla sofferenza psichica che, pur essendo complesso nella sua teorizzazione, si rivela semplice ed accessibile nella sua applicazione, purché anche gli psicoterapeuti siano disposti a cambiare con i loro pazienti. Questi prende spunto dall'investigazione psicodinamica breve, un metodo sperimentato presso l'Università di Losanna, per arrivare in pochi minuti alla diagnosi di organizzazione di personalità e, successivamente, elaborato e trasformato da un gruppo di clinici nei suoi aspetti essenziali.

Interessati a capire come possa una persona soffrire per una vita e tuttavia rimanere legata al suo funzionamento mentale poco adattivo, ripristinandolo anche dopo una crisi grave, siamo arrivati a chiederci perché un individuo entri in crisi e perché questo accada solo in situazioni specifiche per ciascuna organizzazione di personalità.

La nostra esperienza clinica come psicoterapeuti psicoanalitici, ci ha spinti ad ipotizzare che si crea la crisi del funzionamento psichico ogniqualvolta si verifichi un cambiamento che obbliga a vedere una verità che non si voleva vedere. Pertanto il paziente tenta anche nella relazione terapeutica di ritornare a “non vedere” se non altro per evitare di cambiare.

Il processo psicoanalitico mutativo, come risulta evidente già dal suo nome, rinvia alla trasformazione del funzionamento psichico del paziente, a prescindere dalla struttura o organizzazione di personalità sottostante.

La realizzazione di questo obiettivo terapeutico avviene appoggiandosi alla teoria psicoanalitica classica, a quella delle relazioni oggettuali, ai contributi della neopsicoanalisi, tutti integrati tra loro e applicati nella tecnica d'intervento.

Il PPM prevede perciò, sin dalle prime fasi, l'investigazione psicoanaliticamente orientata al modello delle relazioni oggettuali valutate in base al gioco delle pulsioni e delle difese, basandosi sull'analisi del controtransfert dello psicoterapeuta.

Tenta cioè di integrare, in senso quindi winnicottiano, la teoria freudiana della pulsione, per cui l'uomo è orientato alla ricerca del soddisfacimento pulsionale e della scarica della tensione generata da un bisogno, con la teoria delle relazioni d'oggetto, per cui l'uomo sarebbe spinto a ricercare l'altro realizzando così il passaggio dal principio del piacere al principio di realtà e l'accesso alla percezione della mancanza – esperienza relazionale che nasce dal confronto con l'altro o con una rappresentazione del prima e del dopo –. Il PPM inoltre si rifà a Ferenczi per il valore da questi attribuito alla relazione psicoanalitica e al controtransfert e si appoggia alle concettualizzazioni di Winnicott relative all'area transizionale. Parlare però di tecnica di intervento psicoterapico è impossibile se prima non ci costruiamo un modello dell'apparato psichico, tramite rappresentazioni mentali, che nel caso del PPM è coerente con uno stile di stampo genitale, in cui è fondamentale capire ciò che accade nella relazione con il paziente e trasformarlo in qualcosa di significativo.

L'obiettivo di un qualsiasi percorso terapeutico, che dovrebbe essere l'elaborazione mutativa del modo di funzionare psichico entrato in crisi per arrivare ad un nuovo modo sicuramente più evoluto, non può prescindere dalla genitalizzazione della relazione tra paziente e terapeuta.

Sebbene venga riservato un intero paragrafo all'illustrazione del modello teorico genitale, possiamo tuttavia già dire che la genitalizzazione presuppone che ogni nostro intervento o non intervento sia sempre preceduto dalla costruzione di una rappresentazione mentale di ciò che sta avvenendo, di ciò che sarà o che si vorrebbe che accada nel mondo interno del nostro paziente.

Fare rappresentazioni in una condizione di mancanza, visto che noi psicoterapeuti non conosciamo la realtà intrapsichica del paziente, assumere in chiave simbolica ciò che avviene in seduta, anticipare gli effetti dei nostri interventi, procrastinare le nostre scariche pulsionali attraverso l'applicazione parziale della regola dell'astinenza, avviare il gioco fatto di gratifiche e frustrazioni, rientra sicuramente in un'impostazione terapeutica genitale, governata da processi secondari e terziari che intersecano e mediano i primari e i secondari suddetti. Il paziente quando ci incontra tenta di colmare una mancanza per ritrovarsi confrontato con una frustrazione.

Un cambiamento specifico nella sua vita lo deve aver confrontato non solo con l'impossibilità di ripetersi nel suo funzionamento mentale di sempre, ma anche con l'impossibilità di continuare a credere alla funzione difensiva di certe rappresentazioni di sé, dell'altro e delle situazioni; in altre parole non potrà evitare di vivere la mancanza dell'appoggio di precedenti modalità di equilibrio e di credenze falsificanti.

Il paziente pertanto cercherà con tutto se stesso, senza però riuscirci, di non vedere la scarsa funzionalità del suo modo di agire e reagire all'oggetto e il miglior modo per realizzare questa "parziale cecità", sarà sicuramente quello di tentare di indurre il terapeuta a mettere in atto comportamenti che lo legittimano a ritornare ai suoi vecchi modi di funzionare.

Gioco infinito di movimenti transferali e controtransferali!

I primi sono finalizzati a non voler vedere l'oggetto reale che deve invece riprodurre l'oggetto infantile nella relazione analitica, realizzando una sorta di rimemorizzazione dell'infantile – Ferenczi, nel 1909, parlava del transfert come di una ripetizione delle prime relazioni d'oggetto –.

I secondi assolverebbero la funzione di consentire la perpetuazione della ripetizione.

Il modello teorico su cui poggia il PPM ed ovviamente anche l'IPM aderisce solo parzialmente alla descrizione dei movimenti transferali e controtransferali appena visti.

Il paziente nell'incontro con il terapeuta non si limita a mettere in atto una ripetizione di ciò che ha vissuto nelle relazioni primarie, ma crea una particolare dinamica relazionale con cui possa essere garantito il perseguimento della meta della sua pulsione conservativa. La meta coinciderebbe con il mantenimento a livello preconsciouso dell'illusione che il proprio modo di agire e di essere sia il più adatto; la realizzazione di ciò implica la risoluzione dell'ipercoscienza che "brutalmente" ha fatto irruzione nel paziente a causa di un cambiamento nella sua realtà bio-psicosociale.

Quanto più il funzionamento psichico è poco evoluto, tanto più tenderà di essere refrattario ai cambiamenti della dinamica pulsione/difese, cioè dei garanti del proprio narcisismo e dell'organizzazione intrapsichica.

In altre parole il terapeuta sarà inizialmente forzato dal paziente a “corrispondere” ad una serie di aspettative relazionali che possano garantire il ricrearsi del precedente equilibrio psichico destabilizzato dalla crisi.

L’attivazione poi di meccanismi controreattivi da parte del terapeuta per l’azione dell’identificazione proiettiva genererebbe pur sempre dei movimenti trasformativi bilaterali ma a moto rigido o di tipo proiettivo.

Vale a dire che i contenuti scambiati nella relazione terapeutica sono soggetti a trasformazioni deformanti per non essere riconosciuti ma svolgentesi su un unico piano se non lungo una sola retta come quella temporale (passato-presente), come nel caso del transfert e della nevrosi di transfert.

Il metodo del PPM (processo psicoanalitico mutativo), di cui l’IPM solo apparentemente è preambolo, ma in verità è parte essenziale e cruciale, s’ispira nel suo utilizzo della trasformazione alle teorie matematiche degli infiniti e dei limiti focalizzando lo spazio che intercorre tra paziente e terapeuta e tra una condizione ed un’altra (DA→A) come un insieme infinito di punti e di possibili interpretazioni e costruzioni della coppia terapeutica.

Riprendendo il concetto iniziale di questa introduzione, secondo il quale nessuna tecnica in nessun campo può prescindere dal riferirsi ad un modello teorico, questo primo volume del PPM dedica il primo capitolo all’illustrazione dei prolegomeni.

Aver dedicato il primo paragrafo del suddetto capitolo alla teoria del concetto di crisi, su cui si appoggia il metodo, ancor prima dell’illustrazione dell’intero modello teorico, ha voluto essere un modo per impattare il lettore con l’idea di cambiamento.

Trasformazione, nel senso di cambiamento evolutivo, è il tema ricorrente in tutti i restanti paragrafi del capitolo, fino al quarto che si focalizza totalmente su ciò, a voler ribadire l’ottica assolutamente dinamica che sostiene il PPM. In effetti, nel secondo capitolo pur parlando di tecnica e di fasi, termini che possono evocare fissità, invarianza, rigidità, si ribadisce tuttavia costantemente l’importanza dell’interazione creativa tra il piano del reale procedure tecniche in successione –, il piano dell’immaginario e il piano simbolico.

I due soggetti della relazione – paziente e terapeuta –, rendendosi disponibili all’incontro dei loro mondi interni fatti di rappresentazioni, costruiscono insieme il processo terapeutico. Ovviamente questa costruzione rifletterà perlomeno nella fase investigativa iniziale il funzionamento psichico del paziente, a cui il terapeuta si adeguerà parzialmente per poter cogliere il maggior numero d’indicatori dell’organizzazione intrapsichica di questi.

Il terzo capitolo entra pertanto nel lavoro di discriminazione tra le diverse organizzazioni di personalità, dedicando un paragrafo ad ognuna di esse. Essendo l’IPM una metodica, creata non solo con un intento conoscitivo

ma anche trasformativo del modo di articolare il rapporto tra mondo interno e mondo esterno, ogni paragrafo è costituito da una parte descrittiva e da una parte di intervento attivo.

La fase investigativa/descrittiva implica di capire il tipo di conflitto intrapsichico, attorno al quale si articola la vita mentale del paziente, le principali difese attivate, la specifica angoscia, l'organizzatore fondamentale, la modalità con cui è trattato l'oggetto.

Questa fase si conclude con la costruzione di un'ipotesi esplicativa del perché il paziente funzioni così, realizzata congiungendo il presente al passato relazionale.

Provocare un cambiamento, seppur parziale, rientra nella seconda fase dell'IPM.

Il terapeuta elabora dentro di sé quanto accaduto nell'*hic et nunc* con il paziente, lo correla con ciò che questi gli ha mostrato del suo mondo interno ed infine lo interpreta ponendosi in un modo nuovo, tanto da indurlo a modificare il suo funzionamento e mentalizzarlo. Pertanto nel terzo capitolo, per ogni organizzazione di personalità, vengono fornite indicazioni su come costruire la suddetta interpretazione mutativa.

## **Ringraziamenti**

Ai coniugi Anna Maria e Alessandro per il sostegno offertoci, alla Signora Nadia Marches, segretaria della SAPP, per l'impegno mostrato nella trascrizione del manuale, alla Signora Laura Sabbatini per lo scrupoloso lavoro di correzione di bozze, ai nostri pazienti per gli spunti offerti nei confronti dello sviluppo della tecnica, a tutte le tutor e agli allievi per il continuo sostegno e desiderio di condividere con noi questo manuale.

# 1. Prolegomeni

## 1. Teoria evolutiva della crisi

*“Forsan et haec olim meminisse iuvabit”.*  
Virgilio, *Eneide*, I, 203

*“Forse persino di questi momenti  
un giorno la memoria ci sarà d’aiuto”.*

Giacomo Devoto, nel suo dizionario etimologico a pagina 110, scrive in corrispondenza del termine “crisi”: dal latino *crisis*, che è dal greco *Kpisis*, nome d’azione di *Kpivò*, “io giudico”, “scelta, decisione”, “momento culminante”.

Dunque crisi come sinonimo di cambiamento è solo l’effetto di un momento decisionale estremo di un percorso esistenziale, spesso patologicamente orientato, di cui un individuo era solo parzialmente ignaro. In effetti, è ben difficile poter affermare che nel corso della propria esistenza il paziente non avesse mai avuto momenti di transitoria lucidità o d’ipercoscienza rispetto al fatto che il proprio modo di funzionare psichicamente e perciò di rapportarsi agli altri e alla vita avesse in sé qualcosa di nocivo per la propria sanità psicofisica.

Queste emergenze, frutto di parziali dissociazioni per cui l’Io-cosciente guarda e vede, percepisce e sente ciò che è “altro”, non raggiungono però mai un culmine talmente intenso da rendere impossibile l’evitamento della “verità” dolorosa insita nell’impostazione data alla propria vita. Pertanto la crisi è l’effetto del cedimento dell’ambiguità che lascia il posto alla certezza incontrovertibile.

Possiamo ipotizzare che un’“imago”, una sorta di prototipo inconscio, si sforza sempre di ritrovare il conosciuto nella vita e perciò tende ad organizzare tutta la nostra percezione della realtà stagnando sotto forma d’inimmaginabile o addirittura d’irrappresentabile e indicibile.



Freud definisce l'imgo come una "rappresentazione inconscia", uno schema immaginario acquisito che condiziona il modo di considerare se stesso in rapporto all'altro e questi in se stesso.

L'attività fantasmatica assume perciò una valenza strutturante ma anche bloccante la vita personale nonché la mobilità del processo psicoanalitico. Viene in mente l'opera di Freud del 1912 "Psicologia della vita amorosa" in cui afferma "la ripetizione di passioni di questo genere con le stesse particolarità (a guisa di copie conformi)... con tale frequenza che si giunge alla formazione di una lunga serie".

Freud evidenziò molto bene anche nell'opera del 1924 "Il problema economico del masochismo", l'impatto immobilizzante delle imago in una sorta di destino vincolante che azzera la libertà di associare e di muoversi in autonomia nell'ampio spazio immaginifico, l'imgo, che tende ad imporsi nella serie reiterata all'infinito di vite dolorosamente impastate, è il risultato di un processo di scomposizione dell'esperienza e della percezione reale.

Questa scomposizione si avvale di operazioni, solo parzialmente difensive, come il diniego, la scissione, l'evitamento, il ribaltamento della pulsione nel contrario.

Con questo lavoro l'imgo si garantisce il suo posto sicuro nella sala dei comandi, garantita anche dal fatto di aver tutelato, per lo meno in apparenza, la sopravvivenza dell'individuo.

Questi, quasi come un impossessato da parte di oggetti/rappresentazioni di altri, diviene un tiranno che impone divieti e interdizioni nei confronti dei propri bisogni e della propria natura, adeguandosi ad un unico punto di vista imposto dalle costellazioni parentali reali e fantasmatiche.

Così la vita va avanti lungo un'apparente catena associativa che in verità, a ben guardare, ha più l'aspetto di un fermo immagine che di una sequenza cinematografica.

Ricordi di copertura si sviluppano a dare collocazione adeguata ai personaggi del film della propria vita scivolando così in un'ambiguità incantevole.

Ogni personaggio ha il suo nome, il suo ruolo e la sua definizione e noi siamo convinti di aver trovato il significato preciso della scena originaria.

La crisi insorge, infatti, proprio nel momento in cui un rappresentante di parola, che Lacan direbbe "significante", perde la sua saturazione, il suo investimento totale, la sua unicità di significato e si apre alla flessibilità di significati e d'investimenti.

La crisi di un individuo, nel senso di momento decisionale, ha sempre come punto d'inizio un iperinvestimento totale cui fa seguito la desaturazione della rappresentazione in causa, per cui si arriva alla messa in dubbio.

A nostro avviso, finché le rappresentazioni mentali che riguardano noi

in rapporto agli altri, o le persone significative della nostra vita sono sature perché dal punto di vista economico totalmente investite, il funzionamento psichico di una persona e il suo equilibrio psichico sono mantenuti.

Sicuramente vi erano state in passato delle altre microcrisi, a cui però solitamente un paziente o meglio una persona, aveva guardato spiegandosele con riferimenti genetici, ad esempio “tutti nella famiglia siamo ansiosi”; con riferimento alla biologia del tipo “sono giù perché carente di serotonina”, o ancora meglio con riferimenti a situazioni relazionali “sto male perché mi è stata negata una promozione al lavoro.

La fase diagnostica preliminare del PPM, denominata *investigazione psicoanalitica mutativa*, prevede perciò uno spazio importante per l'individuazione del momento esistenziale in cui ha fatto il suo esordio la crisi, cioè la rottura dell'equilibrio psichico della persona, perché è proprio lì che per il paziente si è imposto una “verità incontrovertibile”, non più occultabile.

L'esperienza clinica, infatti, ci insegna che non è sufficiente un cambiamento per far precipitare una persona nella sofferenza; a dimostrazione di quanto appena detto ci sono casi clinici in cui la storia personale è “farcita” di traumi anche gravi eppure il paziente è riuscito a reggere e a “non frantumarsi” e poi il sopraggiungere di qualcosa oggettivamente minimale in termini di gravità determina il precipitare in uno stato di malessere intenso.

Evidentemente non è la quantità di stress o la sommatoria di eventi stressogeni, ma solo la natura e la tipologia dell'evento a scatenare la rottura dell'intera organizzazione difensiva per cui il paziente non può più sfuggire alla visione lucida della dannosità della propria impostazione di vita. È prevedibile allora che qualunque paziente prima di chiedere una consultazione abbia tentato in vario modo di far lavorare il proprio Io-razionale per mettere a tacere le emozioni sconnesse da qualsiasi significazione e pur tentando di “imporre” allo psicoterapeuta le sue teorie sulla crisi sia, comunque disposto a confrontarsi con il “diverso” e a vedere altro.

Tuttavia subito si paleserà il primo scoglio del percorso psicoanalitico con cui uno psicoterapeuta s'imbatte.

Esso sarà rappresentato dal desiderio parziale del paziente di vedere che la propria costruzione difensiva da cui è stato pervaso il personale funzionamento mentale oltre a proteggerlo poco era intrisa di auto-menzogne, rassicuranti rispetto a falsi legami.

Fare perciò in modo che una crisi si riveli veramente come un momento trasformativo esistenziale che porti ad un livello evolutivo più alto impone due aspetti inscindibili, che in fondo sono presenti nell'etimologia stessa della parola “crisi”: giudizio e scelta.

La teoria evolutiva della crisi su cui si appoggia il PPM parte proprio da un'osservazione clinica che si ripresenta costantemente: un individuo entra in crisi solo quando, avvenuto un cambiamento che inevitabilmente impone al soggetto la verità nascosta dietro un giudizio menzognero di sé e degli altri, non può più evitare di scegliere, di decidere se restare nella caverna a vedere solo ombre o uscirne e correre il rischio di entrare in contatto con ciò che è nella luce.

È chiaro qui il nostro riferimento al mito di Platone, in cui gli uomini incatenati nella caverna pensano erroneamente che le ombre sul fondo della stessa siano le "cose vere" della realtà; queste ombre pur essendo solo delle copie pregiudizievoli della realtà, consentono agli uomini un'apparente quieto vivere perché in sostanza evita loro di chiedersi il perché del loro essere incatenati e quindi impediti ad andare oltre il varco della caverna verso il nuovo. A prescindere da chi è il vero responsabile della nostra reclusione nella caverna – le figure significative della nostra vita o noi stessi – rimane comunque il fatto che precipitiamo in crisi nel momento in cui non possiamo più prescindere dal giudizio, che ci spingeva a considerarci liberi. In verità eravamo schiavi non di qualcuno, ma di un'idea di noi e dei nostri meccanismi di azione-reazione-controreazione. Quando precipitiamo in crisi siamo finalmente liberi di scegliere di rompere o no le catene e uscire dalla caverna.

In altre parole finché un paziente si deresponsabilizza e ciò può avvenire anche quando ripete continuamente di essere l'unico responsabile, non precipiterà mai in crisi e pertanto non cambierà mai. Inoltre le catene descritte nel mito di Platone hanno una lunghezza tale per cui è possibile andare dal fondo della caverna alle vicinanze della sua uscita e da lì osservare ciò che c'è nell'immediata area antistante al suo ingresso. Il particolare appena evidenziato ci legittima ad insistere sul fatto che non esiste paziente che in fondo non abbia già in parte una certa dose di consapevolezza della situazione in cui è e di come potrebbe invece essere. Dunque riepilogando, potremmo dire che finché un individuo non precipita in crisi e non chiederà mai una consultazione non si porrà mai la questione del cambiamento, cioè della scelta di mantenere lo status quo o modificarlo, di continuare a mentire a se stesso o dirsi la verità.

Qualunque crisi a prescindere dal punto di partenza sia esso all'interno dei rapporti sociali o del corpo o del mondo intrapsichico, comunque è sempre, a nostro avviso di natura relazionale e cioè implica la relazione con gli oggetti interni. Quando accade qualcosa, che impone ad un individuo la necessità di vedere di sé o dell'altro o di una situazione qualcosa che "tentava" di non vedere con l'ausilio di meccanismi di difesa ad hoc, s'infrange una costellazione di rappresentazioni mentali significative.

Il mondo interno perciò non viene ad essere confrontato con un'assenza di senso ma bensì con nuovi agglomerati rappresentazionali significativi che richiedono una nuova sistemazione ed un diverso riassetamento rispetto al passato. La crisi dunque è essenzialmente l'effetto del progressivo affacciarsi del fantasma, cioè di una formazione immaginaria depositata nel preconcio, la cui parziale tracciabilità è comunque sempre alla portata della nostra mano.

Freud assimilava le configurazioni fantasmatiche a propaggini dell'inconscio molto dinamiche, perché essenzialmente dei prodotti di un equilibrio instabile tra ritorno del rimosso e istanza rimuovente.

Durante una crisi personale l'istanza rimuovente non riesce più nel suo intento e quindi il rimosso investito libidicamente torna con tutta la sua potenza. Siamo fondamentalmente noi ad adoperarci per rendere il fantasma irrintracciabile, implicito o addirittura rimosso, convinti di non poter reggere l'angoscia che si scatenerrebbe qualora si rendesse visibile.

Effettivamente il dolore è terribile, quasi insostenibile quando si accede alla verità; i sintomi psichici o somatici vengono allora in nostro soccorso.

L'individuo nell'ottica di salvaguardare il "già noto" e di impedire all'energia psichica, investita sulle rappresentazioni mentali entrate in crisi, di essere completamente libera determinando tensione interna fino all'angoscia, tenta di ricercare oggetti nella realtà esterna che si prestino alla ricomposizione delle suddette rappresentazioni.

Ritornando alla rottura dell'equilibrio tra rappresentazioni oggettuali, riflettenti l'azione di meccanismi di difesa tamponanti l'originaria angoscia e realtà esterna si nota quasi sempre la predominanza del processo primario come modo di funzionare dell'apparato psichico.

Il processo inconscio, dominato dall'impellenza di trovare il proprio oggetto di soddisfacimento della pulsione conservativa, tende a riprodurre mediante identità di percezioni le rappresentazioni originarie con evidenti slittamenti di senso.

Ecco perché il paziente, attraverso un processo proiettivo assimila il terapeuta all'oggetto originario responsabile del proprio "equilibrio" e lo rende contenitore pertanto di significati che non gli appartengono in virtù dei meccanismi dello spostamento e della proiezione, per cui questi diviene un condensato di varie catene associative che s'intersecano generando una sovra-determinazione.

Al pari di una soddisfazione allucinatória di un desiderio, ispirato al principio del piacere, questa modalità inconscia permette all'energia psichica resasi libera per la crisi di legarsi ad una nuova rappresentazione, provocata dalla relazione con il terapeuta, che però è condizionata dalla precedente rappresentazione.