

Luigi Cappelli

PSICOTERAPIA DINAMICA MODERNA

Un modello interdisciplinare



*GLI
SGUARDI*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Gli sguardi

Luigi Cappelli

**PSICOTERAPIA DINAMICA
MODERNA**

Un modello interdisciplinare

Presentazione di Antonio Ciocca

Contributi di: Carla Buccino, Claudia Fulvi,
Tiziana Gobbetti, Lucia Orazi, Alessandra Telmon

FrancoAngeli

Copyright © 2015 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.

A Paola

Indice

Presentazione. Tra intrasoggettivo e intersoggettivo, di <i>Antonio Ciocca</i>	pag. 9
Premessa, di <i>Luigi Cappelli</i>	» 13
Psicoterapia dinamica moderna. Un modello interdisciplinare, di <i>Luigi Cappelli</i>	» 15
1. Revisionismo freudiano	» 15
2. Volontà di potenza	» 20
3. Intenzionalità	» 22
4. Motivazione assertiva	» 23
5. Il mondo intersoggettivo	» 25
6. Narcisismo e “sé potenziale”	» 28
7. Una mente evoluta, un’occasione da non perdere	» 33
8. Il metodo dialettico: dal monismo al pluralismo	» 35
9. Il contributo della filosofia politica	» 37
10. Transfert, controtransfert e relazione globale	» 41
11. Obiettivi evolutivi	» 48
 Casi clinici	
Presentazione dei casi clinici, di <i>Luigi Cappelli</i>	» 53
Mario, di <i>Carla Buccino</i>	» 61
Anna, di <i>Claudia Fulvi</i>	» 75

Viola , di <i>Tiziana Gobbetti</i>	pag. 89
Chiara. Assertività, adolescenza, alleanza terapeutica , di <i>Lucia Orazi</i>	» 107
Marzia. La dipendenza tra assertività e altruismo , di <i>Alessandra Telmon</i>	» 119
Bibliografia	» 133

Presentazione. Tra intrasoggettivo e intersoggettivo

di Antonio Ciocca*

“Un atto di fede”: con le parole di Bion possiamo definire questo libro che Luigi Cappelli ha curato perché non si perda la ricca tradizione italiana di studi ed esperienze che caratterizza la psicoterapia dinamica moderna e che anzi essa trovi una nuova ricchezza e vitalità nel confronto con l’esplosione delle conoscenze – dalle neuroscienze alla psicologia dello sviluppo, dalla *embodied cognition* alla filosofia della mente – che ha reso sì improvvisamente obsoleto il linguaggio stesso “dualistico” della tradizione psicologica ma ha anche fatto riscoprire e valorizzare concetti fondamentali illuminando meglio il metodo stesso psicoanalitico che è diventato più limitato e circoscritto ma anche più consapevole e realistico.

L’intento esplicito di Cappelli è quello di tracciare “una mappa delle convergenze possibili tra tradizioni culturali e scientifiche apparentemente contrapposte”, principalmente l’indagine dell’intrasoggettivo di Freud e lo studio dell’intersoggettivo relazionale degli studi sull’attaccamento giovandosi, mi sembra, in modo profondo dell’opera di Bion, il più freudiano dei contemporanei ed insieme l’autore più preoccupato di una psicoanalisi a misura della nostra contemporaneità, un maestro ancora troppo poco conosciuto e talvolta anche completamente frainteso.

La mappa tracciata da Cappelli rivela, in particolare, una preziosa e solida trama che lega concetti della ricerca psicologica più avanza-

* Già docente presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Membro ordinario SPI e IPA.

ta come assertività o *agency* con quelli della filosofia, la volontà di Nietzsche, la *intenzionalità* di Searle con quelli fondamentali di Freud, soprattutto la rilettura del *narcisismo* come nucleo motivazionale di base, livello germinativo del sé “orientato alla padronanza degli universi interno ed esterno tra loro interconnessi nell’esperienza soggettiva”.

Vorrei sottolineare l’importanza di questo lavoro sul tema della padronanza, un bisogno basilico del nostro funzionamento fisico e mentale, un bisogno che Freud aveva colto, ad esempio nella descrizione del famoso *gioco del rocchetto* (Freud, 1920) e aveva chiamato *herrwerden*, padroneggiare l’esperienza vissuta. Freud lo collega al dominio del proprio corpo, mettendo così in continuità il padroneggiamento dell’angoscia, il padroneggiamento della esperienza vissuta con il giubilo del bambino che si regge in piedi e comincia a camminare traballando. La padronanza del proprio corpo non solo è alla base dello sviluppo del senso di sé, ma continua a sostenerlo lungo tutto l’arco delle nostre esperienze di vita che tentativamente ed incessantemente cerchiamo di far nostre attribuendo loro un significato personale.

Nella seconda parte del libro Cappelli mette alla prova nella clinica la mappa che ha costruito. Si tratta di casi clinici difficili, adolescenti e giovani, talora visti in ambiente istituzionale, che richiedono un lavoro a loro misura. Come tutti, naturalmente, ma in modo più evidente. In effetti, più il paziente ha bisogno, più evidente diventa la natura profondamente asimmetrica del rapporto terapeutico e la difficoltà emotiva di sostenerla da parte del terapeuta: fare spazio al paziente per comprenderlo ed intervenire *a misura del paziente*, presentare il paziente a se stesso secondo l’espressione di Bion.

Per comprendere la difficoltà del compito, ho trovato spesso utile ricordare che per Freud stesso fu un cammino tortuoso, dal solutore di enigmi che intravedeva l’inconscio dietro sintomi e comportamenti delle persone e che procede sicuro malgrado critiche e rifiuti, al saggio invece capace di interrogarsi e ritornare sui suoi passi, rivedere le sue teorie e riprendere così il contatto con l’esperienza clinica. Ricordo il caso dell’Uomo dei topi: Freud, essendo riuscito a interpretare l’episodio anoressico estivo del paziente per la venuta del cugino e rivale Richard grazie all’uso della *password* Dick, la parola

ponte tra Richard e grasso – forse la sua interpretazione più brillante, puramente linguistica, da cui poi Lacan ha derivato tutto il gioco dei significati, l’inconscio come linguaggio ecc. – è tuttavia capace di notare che: “questa è una trovata mia, e il paziente non riesce ad apprezzarla” (Freud, 1909).

Premessa

Il volume che presento ha uno scopo ambizioso: quello di tracciare una breve sintesi di contributi diversi dal punto di vista storico e metodologico. Consapevole della difficoltà dell'impegno, voglio almeno tentare di impostare una mappa che connetta aree di indagine distinte o addirittura contrapposte, per fornire il modello di convergenze, a mio parere possibili. Il libro vuol essere un contributo utile allo psicoterapeuta psicodinamico per orientarsi meglio nel labirinto delle teorie cliniche e consentirgli di proporre ai pazienti un miglior inquadramento delle loro problematiche.

Ringrazio la professoressa Stefania Marinelli e il dottor Germano Zampa per la generosa attenzione e il professor Antonio Ciocca per la cortese disponibilità a leggere il testo e a dare un prezioso apporto con la sua presentazione critica.

Un ringraziamento particolare va alle dottoresse: Carla Buccino, Claudia Fulvi, Tiziana Gobbetti, Lucia Orazi e Alessandra Telmon per la tolleranza dimostrata nei confronti dell'autore.

Luigi Cappelli

Psicoterapia dinamica moderna. *Un modello interdisciplinare*

di Luigi Cappelli

1. Revisionismo freudiano

Mi piacerebbe poter rispondere in modo esauriente alla domanda che spesso mi sono posto negli ultimi anni della mia attività: quanto è ancora attuale del patrimonio clinico freudiano e quanto, invece, appartiene alla storia passata del movimento psicoanalitico?

Naturalmente non pretendo di avere una risposta soddisfacente, tuttavia questo contributo procede in tale direzione.

La qualifica di “moderna” accanto alla parola psicoterapia o psicoanalisi non è qui utilizzata nel significato di “nuova” ma è invece relativa alla ridefinizione e al recupero degli aspetti vitali dell’eredità psicoanalitica che risultino tuttora attuali dal punto di vista clinico e scientifico. Quindi per nuovo si intende un approccio clinico sottoposto ad una revisione che ne confermi o smentisca l’odierna applicabilità.

Il linguaggio schematico da me usato vuol essere un tentativo di non discostarmi dal senso comune per poter disporre di una teoria clinica semplice e accessibile. Se poi si ha l’ambizione di coinvolgere, nello scambio comunicativo, livelli primitivi di funzionamento della mente è necessario dotarsi di concetti lineari ed evidenti e cercare di rendere in sintesi una materia di ineguagliabile complessità.

Preciso di essere rimasto un ammiratore del pensiero freudiano e credo che una parte considerevole del suo contributo sia tuttora valido. Alcuni aspetti delle teorie evolutive e cliniche classiche debbono essere senza dubbio modificati sulla base dei dati accumulatisi, pro-

venienti dalla ricerca sull'infanzia, dallo studio dello sviluppo e del funzionamento cerebrale, dalla genetica, dalla nosografia psichiatrica. Penso di poter adottare la strategia revisionista seguita da Otto Kernberg (Greenberg, Mitchell, 1983), consistente nel cercare di rifondare l'edificio psicoanalitico, costruito da Freud e da lui lasciati in eredità, in una prospettiva relazionale. Vorrei occuparmi anche del tema delle motivazioni di base, argomento difficile da definire ma inevitabile in ambito clinico.

Non credo si possa accettare ancora il concetto freudiano di narcisismo primario, nel senso di immaginare una mente infantile isolata dal contesto interattivo, neanche durante la vita intrauterina. Ritengo però sia tuttora utilizzabile il concetto di narcisismo, inteso come uso narcisistico delle relazioni, presenti sin dall'inizio della vita. Mi sembra inoltre che non sia possibile considerare oggi il narcisismo come una forma di "investimento pulsionale libidico" o "distruttivo" del sé, ma che non si debba sottovalutare l'intensità emotiva che accompagna l'autopromozione, l'autodifesa e l'esigenza psichica di esaudire la richiesta biologica fondamentale di salvaguardare e replicare il proprio patrimonio genetico.

Suggerisco di usare una terminologia diversa per descrivere gli aspetti motivazionali di base, anche se si tratta di un semplice tentativo.

Immaginiamo le prime fasi dell'esistenza di un piccolo essere umano, agli inizi della vita extrauterina.

Possiamo utilizzare il termine "assertività", o *agency* per designare l'insieme delle componenti motivazionali e attribuirlo a un "sé potenziale". Questo livello "germinativo" del sé è qui inteso come entità psichica originaria polivalente, orientata alla padronanza degli universi interno ed esterno, tra loro interconnessi nell'esperienza soggettiva. Il sé potenziale, come l'Io freudiano, collocato tra percezione e coscienza, si protende verso l'ambiente esterno mentre, nel contempo, si rivolge a monitorare, all'interno, la funzionalità somatica e gli stati emozionali.

Se vogliamo una immagine artistica di questo fenomeno, il pittore Claude Monet, nel suo famoso ciclo delle ninfee, rappresenta splendidamente proprio questo stato di sospensione tra mondi diversi: le infiorescenze e le foglie della ninfea si collocano tra acqua e aria, mentre i riflessi del cielo si intrecciano con le trasparenze del bacino.

Le reazioni agli stimoli, in parte determinate anche dal temperamento individuale, potranno essere schematicamente classificate come “piacevoli” o “spiacevoli” e accompagnare le prime fondative relazioni con le figure significative dell’accudimento. Gratificazione o frustrazione della spinta motivazionale assertiva orientano le correnti emozionali “positive” o “negative” e producono immediate risposte mimiche e motorie di approccio o evitamento.

Se, a questo punto, come suggerisce Kernberg (Clarkin, Lenzenveger, 1996), volessimo attribuire a questi due versanti dell’esperienza relazionale il nome di “pulsioni libidiche e distruttive”, saremmo anche autorizzati a farlo, ricollegandoci alla terminologia freudiana che ne risulterebbe rimodellata, in quanto le pulsioni stesse non sarebbero primarie ma derivate. Mi sembra essenziale conservare comunque soprattutto il concetto freudiano di ambivalenza nelle relazioni significative, perché ritengo che sia tuttora utile a descrivere la realtà clinica.

Ripetute esperienze di scambi, archiviate nelle memorie implicite ed esplicite come prevalentemente positive o negative, definiranno l’identità personale del soggetto, sempre all’interno della cornice relazionale. Alcune di tali memorie non sono rievocabili o traducibili in simboli, perché relative a una fase dello sviluppo cerebrale troppo precoce, in cui gli strumenti neurali di archiviazione non sono ancora maturi. Queste memorie rimangono ricordi del cervello e non della mente. Altre, invece, non sono disponibili per la coscienza a motivo dei meccanismi di rimozione, in quanto non compatibili con i valori etici del soggetto. Se alcune esperienze negative coinvolgono poi emozioni tanto dolorose da risultare incompatibili con il progetto biologico di sopravvivenza, vengono isolate cognitivamente e/o emotivamente e scollegate dai processi associativi per non creare interferenze, in un meccanismo di scissione, ampiamente descritto dalla psicoanalisi.

Questo processo difensivo dalla sofferenza può considerarsi compatibile con i soggiacenti fondamenti neurobiologici, come ci propone la teoria dei “nuclei scheggia”, formulata da Edelman e Tononi (2000). Secondo questa ipotesi è possibile che si creino nel cervello circuiti neurali relativamente “chiusi”, funzionalmente isolati rispetto all’architettura neuronale complessiva.

L’assertività del “sé potenziale” e la sua polivalenza costituiscono

una dotazione essenziale cui attingere per promuovere una prospettiva vitale e far fronte a frustrazioni e ostacoli. Vicissitudini negative e rapporti disfunzionali, specie in epoca infantile e durante il periodo di formazione della personalità, possono influire su tale molteplice spinta propulsiva diminuendone la forza, l'ampiezza e l'elasticità.

Il concetto di assertività, a mio parere, è in parte sovrapponibile a quello di "narcisismo", parola introdotta da Havelock Ellis, da Nàke, poi autorevolmente utilizzata da Freud (1914). Cerco qui di usare il termine nell'accezione più comune di egocentrismo, senza addentrarmi in complicate definizioni.

Il narcisismo è un antidoto naturale contro ansia e depressione e, se opportunamente modellato dall'educazione (difficile impresa), assicura autostima, fiducia, iniziativa, produttività e creatività.

Quando un paziente accede a un trattamento analitico o psicoterapeutico il curante propone una nuova relazione significativa, all'interno della quale recuperare questa motivazione assertiva e rimodellarla congiuntamente, in una prospettiva di resilienza più sintonica e funzionale per le priorità e specificità del soggetto. L'assertività primaria contribuisce al trattamento con la sua spinta propulsiva, la sua spontaneità, la sua tendenziale apertura.

È necessario che il terapeuta sia in grado di sottoporre ad autocritica il suo stesso narcisismo (arduo cimento), prima di proporre al paziente di fare altrettanto: la gestione del narcisismo mitiga la fisiologica invasività e la tendenziosità degli interventi e delle interpretazioni e aiuta il terapeuta a mantenere un'ottica più equilibrata nelle valutazioni buono/cattivo, implicite ma inevitabili nel trattamento.

La coppia al lavoro affronta le emozioni, i ricordi dolorosi, i sintomi del paziente, fiduciosa che due menti adulte in collaborazione possano venire a capo di ciò che non si è potuto superare in condizioni di immaturità, solitudine, maltrattamento o trascuratezza.

Tuttavia il miglior alleato del trattamento, la motivazione assertiva, chiamato in causa, potrebbe anche rivelarsi un acerrimo nemico a motivo degli aspetti primitivi dei meccanismi difensivi dell'autostima: le istanze onnipotenti. Tali istanze, caratterizzate da autosufficienza, estremismo e autoritarismo mettono a repentaglio la relazione terapeutica.

Gli strumenti essenziali di cui disponiamo nel trattamento analitico per regolare e modulare l'assertività primitiva sono aspecifici,

come l'empatia e specifici come l'interpretazione psicodinamica che, a mio avviso, si fonda su una matrice "dialettica".

L'empatia consente di identificarci con il paziente, nella ricerca di una condivisione delle sue sensazioni e del suo punto di vista, mentre l'interpretazione, basata sul metodo dialettico, permette di operare, insieme al paziente, una distinzione tra due o più aspetti, scelti dal materiale clinico indifferenziato, multiforme, polisemico, insaturo per procedere verso una traduzione simbolica, consapevole, connotata.

La dialettica ci aiuta a definire i termini di tensioni, conflitti o aporie e ci orienta a trovare connessioni relativamente funzionali e soddisfacenti o a decidere per l'incompatibilità degli aspetti evidenziati. Inevitabilmente l'interpretazione introduce un elemento di astrazione che consente una rappresentazione sintetica, un riassunto non necessariamente fedele ai dettagli del vissuto. Inoltre la trasformazione di processi funzionali inconsci in termini di rappresentazioni coscienti comporta una deformazione del materiale. L'evidente vantaggio di questo processo è la conversione di un contesto intricatissimo e inutilizzabile in un testo strutturato, indispensabile nei processi decisionali e nella trasmissione di informazioni definite. Questa trasmissione facilita l'apporto di altre opinioni ed esperienze e accresce la capacità di elaborazione dei dati.

Affetti e linguaggio assicurano livelli funzionali della mente e del cervello nettamente distinti ma esistono connessioni tra questi due piani: il terreno comune dell'azione, per esempio, è uno degli ambiti di esperienza in cui si incontrano emozioni e simboli. La necessità di padroneggiare l'ambiente coinvolge infatti entrambi i piani. Il pensiero umano si esprime dapprima come gestione elementare e diretta di percezioni, sensazioni e azioni motorie e successivamente sviluppa una mappa più complessa e astratta per rappresentare gli eventi e le loro implicazioni.

Nel laboratorio analitico e psicoterapico l'azione è tipicamente ridotta per privilegiare l'espressione delle emozioni e delle rappresentazioni.

Prima di affrontare l'argomento clinico, obiettivo del mio percorso, propongo una digressione in ambito filosofico, nell'idea che questo ampliamento possa arricchire i contenuti tecnici.

L'itinerario da me percorso tocca i concetti di "volontà" (Nietzsche, 1886), di "intenzionalità" (Searle, 2004), attraverso quel-