Il Complesso, un algoritmo impazzito che la fa da padrone nell'universo psichico

Indicazioni per una psicoterapia dinamica breve ad orientamento psicologico-analitico-comunicativo

The Complex, a crazed algorithm that rules the psychic universe

Indications for a Brief Dynamic Psychotherapy whit a Psychological Analytical Communicative Orientation

Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C.

Immagine di Mohamed Hassan. Uso gratuito
Picture by Mohamed Hassan. Free Use

Il Complesso, un algoritmo impazzito che la fa da padrone nell'universo psichico

Indicazioni per una psicoterapia dinamica breve ad orientamento psicologico-analitico-comunicativo

Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C.

Key Words: Psicoterapia Dinamica Breve – CCRT – Complesso – Derivato

Citation: Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C. (2023). *Il Complesso, un algoritmo impazzito che la fa da padrone nell'universo psichico. Indicazioni per una psicoterapia dinamica breve ad orientamento psicologico-analitico-comunicativo*

doi.medra.org: 10.48237/LIJ_064

30/06/2023

Licenza Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale

Finanziamento: nessuno

Interessi concorrenziali: nessuno

Autore Corrispondente Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C.

Abstract: Oggi è possibile osservare come il concetto di algoritmo abbia ricoperto una posizione dominante sia nelle scienze esatte sia nelle scienze sociali, nella psicologia, nella sociologia, sia nella cultura istituzionale, aziende pubbliche e private. L'algoritmo può essere concepito come un concetto affine alla natura della psiche proprio perché relativizza la Logica ad uno degli strumenti psichici possibili, che deve convivere con funzioni mentali non-logiche, ma analogiche. Gli autori ipotizzano questa analogia tra il concetto di algoritmo e quello di complesso di Jung perché il Complesso è un concetto della teoria junghiana sulla psiche, tant'è che spesso la teoria di Jung viene denominata "teoria psichica di complessi": paterno, materno, fraterno, filiale, eccetera. Alla luce di tale premessa, gli autori propongono un tipo di Psicoterapia Dinamica Breve ad orientamento Psicologico Analitico Comunicativo. Prima illustrano un preliminare riferimento all'unità operativa e di ricerca costituito dal CCRT di Luborsky, così come elaborato da H. Book nella sua teorizzazione della Psicoterapia Dinamica breve. Successivamente focalizzano l'attenzione su un concetto di marca originale junghiana, il Complesso, e ne evidenziano le analogie e le differenze con il CCRT di Luborsky. In particolare, sottolineano la differenza tra i due concetti costituita dall'organizzazione dimensionale del Complesso. Infine, documentano la loro proposta con la descrizione di un caso clinico di Complesso fraterno, utilizzando come unità operativa clinica il derivato, nella accezione di R. Langs.

Preambolo

Il concetto di algoritmo è attualmente dominante sia nelle scienze cosiddette esatte sia nelle scienze sociali, nella psicologia, nella sociologia, sia nella cultura istituzionale, sia in aziende pubbliche e private. La sua connotazione di metodo ne fa oggi il padrone in tutti i campi del sapere e dell'agire umano. L'algoritmo è una sequenza di azioni definibile anche come procedura. Può essere utilizzato per risolvere qualsiasi problema che non sia necessariamente formalizzabile nel linguaggio matematico.

Il concetto è oggi dominante soprattutto nel campo di studio dedicato all'intelligenza artificiale, ove iniziano a comparire, anche già operativi, algoritmi delle emozioni, cioè della dimensione squisitamente umana.

A differenza dell'algoritmo il concetto di programma rappresenta la versione specifica dell'algoritmo nel linguaggio della programmazione, che si presenta, però, con regole grammaticali e sintattiche precise, e si basa esclusivamente sulla *logica*. La sostanza psichica propone la *logica* non come l'unico approccio possibile alla conoscenza, perchè prevede anche nessi, nella visione della realtà, come ad esempio i nessi analogici, comparativi e/o contemplativi. L'algoritmo può essere concepito come un concetto affine alla natura della psiche proprio perché relativizza la *Logica* ad uno degli strumenti psichici possibili, che deve convivere con funzioni mentali non-logiche, ma analogiche.

Ipotizziamo questa affinità di significato tra il concetto di algoritmo e quello di complesso di Jung perché il Complesso è un concetto operativo della teoria junghiana sulla psiche, tant'è che spesso la teoria di Jung viene denominata "teoria psichica di complessi": paterno, materno, fraterno, filiale, eccetera.

Il Complesso è frutto dell'impatto tra alcuni archetipi intrapsichici, già in relazione tra loro, e l'esperienza vissuta nelle relazioni umane. Il Complesso è, per definizione dello stesso Jung, un insieme di immagini, cioè rappresentazioni interiori, unite da una forte tonalità affettiva centrale. La radice genetico-archetipica del Complesso ci dice che, al pari dell'archetipo, esso è un pattern of behaviour, cioè un modello di sequenze di azioni. Questa sequenza da un lato assimila il Complesso alla medesima natura dell'algoritmo, cioè quella di sequenza di azioni. Però essendo il Complesso rappresentato anche da immagini in relazione tra loro, esso finisce per possedere una dimensionalità e una categorialità più corposa dell'algoritmo. L'algoritmo, quello non programmabile nel linguaggio matematico, per essere rappresentato, si avvale anch'esso delle immagini: vedi come esempio la flow chart, in cui concetti logici vengono inseriti e rappresentati in blocchi. I blocchi, diversificati nella forma, sono immagini. Terzo, ma non ultimo elemento di affinità tra i due concetti, Complesso ed Algoritmo, è la forte tonalità affettiva centrale del primo che coincide con il tema comunicativo - interattivo dell'algoritmo. Infatti questo tema, come scrive la O' Neil (2017), può essere soggettivo e non oggettivo, non solo, ma può essere usato, per esempio, come moltiplicatore di pregiudizi

dei loro creatori. Anche il Complesso è fatto di credenze e di pregiudizi rappresentati da immagini, che sono legate da questa forte tonalità affettiva centrale.
Il Complesso, per sua natura, ha una funzione fisiologica nello sviluppo di una personalità sana. Ad esempio un Complesso paterno consente ai figli l'esperienza del paterno e della funzione paterna. È invece la sua psicopatologia che ne determina un uso distorto: diventa, anch'esso, il Complesso, un moltiplicatore di pregiudizi di chi ne è vittima. Ovviamente e analogamente gli algoritmi hanno una funzione fisiologica nel tessuto bio-psicologico dell'essere umano, su cui non occorre soffermarci. Accertata, quindi, alla luce di queste riflessioni, la possibilità di individuare nel Complesso una sua natura algoritmica, proprio in vista di una teorizzazione della psicoterapia dinamica breve, si può assumere alla base di quest'ultima, laddove orientata analiticamente e comunicativamente, la seguente formulazione: "Psicoterapia psicodinamica breve centrata sul Complesso. Teoria e metodo dell'approccio psicologico analitico ad orientamento comunicativo."
Il Complesso è per sua natura e definizione un sistema complesso di approccio alla realtà, così come può esserlo l'Algoritmo; cioè, il sistema complesso in cui sono inserite le variabili reali con la loro attitudine al cambiamento, all'editabilità e alla notevole flessibilità. Il Complesso, analogamente all'algoritmo, può essere rappresentato da una flow chart e la sua connotazione patologica si verifica quando la forte tonalità affettiva centrale da amore, si trasforma in libido aggressiva, odio.
Allora anche la sua rappresentazione grafica subisce delle lesioni, si presenta come una flow chart in cui sono evidenti dei *bags* che bisogna rimettere a posto. Ci riserviamo di proporre degli approfondimenti di queste riflessioni in un successivo lavoro, in quanto il tema di questo scritto è costituito soltanto da uno studio sulla natura e sulla cura del Complesso nella sua accezione psicopatologica tramite la psicoterapia psicodinamica breve.

Introduzione

La vita attuale pone agli individui problemi nuovi che investono la nostra esistenza quotidiana in modo inaspettato. Il ritmo vertiginoso dei cambiamenti sociali, determinati dai progressi delle discipline tecnologiche, qualifica la nostra epoca come l'era dell'informatica e del tempo reale. Questa ha simultaneamente modificato lo stato mentale dell'intera coscienza individuale e collettiva così come dell'inconscio universale. Ad esempio, la coscienza è ormai sotto l'egida del pensiero unico identificato come l'"Interprete" dalle scienze neurocognitive (Gazzanica 2007) e l'inconscio subisce una sua frammentazione parcellizzata che pone seri e gravi interrogativi sulla concezione del mondo, contestuale alla disgregazione di capisaldi etici (Marrquard 1896; Maffesoli 1990). La loro precedente presenza condivisa e valorizzata, assicurava nel mondo occidentale sia la tenuta dell'integrità del tessuto

sociale sia l'assetto della vita individuale tramite regole chiare e ben definite. Lo psicoanalista statunitense Robert Langs parlava di "Regole di Base della Vita", ossia regole "che hanno ottenuto una costante convalida per *derivati*[1] da parte dei pazienti in psicoterapia e in psicoanalisi" (Langs 1973-74; 1988). Piaget teorizzava che il bambino impara con i genitori le regole etiche e, poi, con i coetanei, nel gioco, l'assoluta necessità di un sistema di regole condivise che rende possibile l'interazione con gli altri bambini, superando egocentrismo e autorefenzialità (Piaget 1964). Kohlberg, in linea con Piaget, parlava vieppiù di sviluppo morale che rende la persona morale matura in grado di assumere una prospettiva imparziale e distaccata e di ragionare in senso kantiano su principi astratti e universali (Kohlberg 1982). Concetti che oggi appaiono sempre più sfocati.

Questo depotenziamento dell'importanza del sistema etico si è verificato, però, anche in ambito psicodinamico ed ora va di pari passo con l'abolizione della ricerca metafisica in campo filosofico e del divino nel campo religioso-teologico, a favore di una antropologizzazione di concetti metafisici e con una correlata sintonica visione non più trascendente, ma immanente di un dio frammentato in tanti *dei* dai 1000 volti (Campbell 1949), ciascuno con una sua identità, un suo metodo conoscitivo ed un suo atteggiamento etico. Ne è conseguita una frammentazione del concetto di verità in singole credenze individuali che caratterizzano le differenti vedute omologandole tutte a "beni relativi", ma intese come beni solo perché in possesso di una loro esistenza sul piano antropologico. Esse spesso sono una scotomizzazione svalutante del semplice buonsenso che riuscirebbe a distinguere in molti casi, anche se non tutti, quello che è un bene da quello che è un male. Anche a quest'ultimo oggi si dà valore positivo, invece, solo perché esiste. Basti guardare il proliferare di protagonisti negativi che imperversa nella letteratura e nella filmografia più in voga nelle giovani generazioni che hanno sostituito la figura dell'*eroe* propria delle generazioni precedenti.

In questa congerie di fenomeni psichici e teorizzazioni, la teoria psicodinamica corre il rischio di lasciare che il concetto di guarigione abbandoni, come in una resa, il campo a quello più rassicurante di miglioramento, inteso come sollievo del sintomo socialmente disadattivo e/o individualmente opprimente e a limitati, ma significativi, cambiamenti nel carattere (Book 1998). A nostro modo di vedere, di fronte a un quadro psicologico siffatto l'ottica psicodinamica della mente se da un lato necessita di un aggiornamento che, in sintonia con i ritmi velocizzati della frenetica vita attuale, miri alla soluzione più rapida di sintomi disadattivi, dall'altro è indispensabile e caratterizzante che mantenga come suo specifico tratto la soluzione del problema etico correlato a questi sintomi. Il conflitto etico è slatentizzato da una teoria motivazionale dell'universo psichico, cioè precisamente da una teoria psicodinamica.

[1] Parleremo del concetto di derivati più avanti nel testo.

Da molti anni, soprattutto in ambito istituzionale, con il nostro Gruppo abbiamo quindi sperimentato forme di psicoterapia psicodinamica breve per rispondere a quanto sopra accennato e per rendere più agile il lavoro psicodinamico, adattandolo alle logiche dei servizi territoriali sanitari che non possono giustificare psicoterapia troppo lunghe e, di conseguenza, troppo costose in termini di efficacia/efficienza.
Il metodo che noi utilizziamo e che in questa sede proponiamo, il quale caratterizza e denomina la nostra Scuola di formazione, parte da una prospettiva culturale profondamente junghiana e si avvale, soprattutto nell'approccio clinico, dell'indispensabile contributo di Langs per gli aspetti comunicativi, interpretativi e di *setting*. Esporremo più avanti alcuni aspetti salienti del nostro metodo anche con un caso clinico.

La Psicoterapia psicodinamica breve. Da Book alla psicoterapia psicodinamica breve centrata sul concetto di Complesso di Carl Gustav Jung

Ci sembra importante definire che la psicoterapia psicodinamica breve rappresenta anche una risposta *politica* ad una varietà di forze scientifiche ed economiche che in questi ultimi decenni ha strenuamente e deliberatamente emarginato le terapie psicoanalitiche a vantaggio di altre forme più aderenti ai radicati principi scientisti di questo nuovo secolo (Gunderson & Gabbard 1999).
Esula dagli obiettivi di questo breve scritto enucleare i metodi e le strategie con i quali questa marginalizzazione è oramai compiuta, non solo in Italia. Per questo basti vedere la letteratura che è stata pubblicata piuttosto recentemente (Vocks et al. 2010; Paris2008; Patterson 2008; Solomon et al. 2008; Deacon & Abramowitz 2005; Fournier et al. 2005; Cummings et al. 2003). Tuttavia, vorremmo solo brevemente accennare al fatto che il documento prodotto nell'ambito della Consensus Conference (2022) patrocinata dall'Istituto Superiore di Sanità, che si è svolta in Italia nel 2022 sulle terapie psicologiche per ansia e depressione, ha sancito formalmente il valore della psicoterapia nel Sistema Sanitario Nazionale Italiano, in linea con il programma inglese Improving Access Psychological Therapies IAPT (Clark 2018). Questo valore non è visto solo in termini clinici in senso stretto, quanto anche in termini economici, in relazione proprio al rapporto efficienza/efficacia con il correlato risparmio della spesa pubblica. La Consensus Conference individua nella psicoterapia psicodinamica breve, unitamente alla terapia cognitiva e comportamentale (CBT) e alla Terapia interpersonale (IPT), le *uniche esclusive* psicoterapie basate sui più alti livelli di efficacia per i "Disturbi Mentali Comuni" DCM o "Disturbi Emotivi Comuni" DEC. In altri termini, la psicoterapia psicodinamica breve entra a pieno titolo fra le psicoterapie EST - Empirically Supported Treatments - differentemente dalla terapia psicodinamica che, seppure validata (Shedler 2010), è praticamente ormai considerata obsoleta.

Esistono molte forme di Psicoterapia Psicodinamica Breve. Negli anni 50 e 60 il gruppo della Tavistock, tra cui Balint, Malan, Mann e Goldmann e, a seguire, Davanloo, iniziarono studi sistematici sulla psicoterapia a tempo determinato giungendo alla conclusione che con essa si poteva condurre il paziente ad ottimi risultati. In particolare, Davanloo, proseguendo il lavoro di Malan, ha impostato un metodo chiamato IS-TDP - Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy - giungendo ad ottimi risultati (Balint et al. 1972; Malan & Osimo 1992; Mann 1973; Goldman et al. 2006; Davanloo 2001). Più recentemente, si aggiungono Sifneos (1972) e la Terapia dinamica interpersonale breve di Lemma, Target e Fonagy, che nelle intenzioni degli autori è stata elaborata "*per ottimizzare l'integrazione pratica di un approccio psicodinamico con il focus sui sintomi degli attuali committenti e fruitori dei servizi di terapia psicologica, senza compromettere la sua tradizione teorica e il suo meccanismo unico di azione terapeutica*" (Lemma et al. 2011).

Dobbiamo a tutti questi studi il perfezionamento delle tecniche di psicoterapia dinamica breve che si integrano attualmente con gli interventi di psicoterapia analitica a lungo termine. La psicoterapia psicodinamica breve, a nostro avviso, ha trovato in Book (1998) un attento studioso che maggiormente, rispetto agli altri autori sopra citati, si avvicina al nostro metodo dinamico che più avanti descriveremo. Book si è ispirato ad un altro autore, James Mann (1973), per definire la durata del trattamento in 16 sedute, concordata all'inizio con il paziente, e ha individuato nel CCRT di Luborsky (Luborsky 1984; Luborsky & Christoph 1990) il metodo di approccio clinico.

Il CCRT vede nel sintomo l'espressione di conflitti intra-psichici, originati dalle rappresentazioni strutturate durante l'infanzia e conservate per l'intera esistenza. Normalmente e generalmente l'adattamento dell'individuo cambia in funzione delle richieste sociali tramite la flessibilità delle rappresentazioni interne: questo è un assunto di base della teoria del CCRT. Tali rappresentazioni, secondo l'autore, diventano ad un certo punto rigide e incongrue, dando luogo allo sviluppo di un conflitto, anche se in realtà lo psicologo statunitense non dà spiegazione dei motivi per cui si verifica questo irrigidimento. Il CCRT per Luborsky forma "un tema relazionale conflittuale centrale", cioè un modello di rapporti che è pronto ad essere messo in atto automaticamente ed inconsapevolmente, inadeguato alle esigenze del momento.

Ci sembra importante evidenziare, che l'obiettivo e lo scopo della psicoterapia psicodinamica breve, orientata al CCRT proposta da Book, è la soddisfazione del desiderio senza la necessità del presentarsi del sintomo. L'uso del CCRT, secondo l'autore, determina un impatto particolarmente significativo nel campo delle applicazioni della clinica da un lato soddisfacendo i criteri di una EBM (Evidence Based Medicine), e dall'altro esso dà la possibilità, nel campo della ricerca in psicoterapia, di "operazionalizzare" le variabili psichiche messe in gioco, cioè "le scelte". Book sottolinea in proposito che il metodo non è teso al cambiamento dell'aspetto strutturale dello schema relazionale del CCRT, ma solo dei

contenuti da esso realizzati, ad esempio il tono affettivo della rappresentazione. Il focus della terapia è centrato sull'individuazione del CCRT collegato ai sintomi. L'ascolto e l'attenta registrazione di episodi relazionali discreti, cioè di natura categoriale, consentono al terapeuta di elaborare il tema relazionale ricorrente. Il metodo del CCRT mette insieme i fattori terapeutici comuni, trasversali ai diversi orientamenti clinici e di conseguenza consente di stimolare i contenuti trasformativi specifici. Da ciò scaturisce, per questo metodo, la possibilità di valutare le modifiche progressive della cura, nonché l'opportunità di individuare quello che funziona meglio nella relazione terapeutica. È così accertabile il rapporto costi/benefici e diventa realizzabile un paradigma clinico attuale fondato sia sull'efficacia sia sull'efficienza dei trattamenti psicoterapeutici. Secondo Book il concetto di CCRT è dunque di dimensioni più vaste e comprensive del modello cognitivista, perché è la componente del desiderio che guida l'intera sequenza associativa e/o interattiva, il *pattern of behaviour* relazionale, ed in questo risiede la differenza tra approccio schematico-cognitivo e quello supportivo-espressivo psicodinamico (CCRT) (Book 1998).

Proseguendo lungo questa linea di pensiero noi proponiamo, in una prospettiva junghiana di orientamento comunicativo (Grassi 1999; 2012), un tipo di psicoterapia psicodinamica breve ad orientamento psicologico-analitico-comunicativo, in quanto, come riteniamo limitante e riduttiva la concezione analitica freudiana dell'individuo solo pulsionale, così riteniamo amplificabile il CCRT di Luborsky, le cui componenti essenziali sono i desideri e le aspettative del soggetto, le risposte attuate o presunte dell'oggetto e le reazioni del soggetto alla risposta dell'oggetto. Ci si muove quindi, con il CCRT, sempre in un'ottica pulsionale, anche l'elemento nuovo è che essa è ben contenuta all'interno di schemi relazionali.

Jung ha teorizzato la *libido* non solo come pulsionale, ma in senso più ampio, e il Complesso sin dall'anno 1915, a seguito degli esperimenti e delle correlate scoperte nell'ambito delle associazioni verbali utilizzate in modo sperimentale (Jung 1934). Ponendo a confronto il Complesso e il CCRT riteniamo che quest'ultimo rappresenti solo un sottosistema del Complesso.

Partiamo da cos'è il Complesso. Jung nel 1934 annunciava il concetto di Complesso in un articolo (Jung 1934). Riassumendo, l'autore scriveva che:

1. il metodo dell'analisi del Complesso riveste un'importanza conoscitiva maggiore che non nel suo oggetto nella psicologia moderna;
2. il principio di questo modo di procedere è - *cum grano salis* - quello proprio in generale delle scienze naturali;
3. tutto o quasi dipende dalla premessa metodologica e il risultato è imposto principalmente da questa premessa. L'oggetto di studio, in una situazione sperimentale, non si comporta come si comporterebbe, in quanto realtà autonoma, in una situazione naturale senza interferenze;
4. una certa disposizione sperimentale non coglie con immediatezza il processo psichico,

> ma tra questo processo e l'esperimento si insinua una certa condizione psichica che potremmo definire "situazione sperimentale". Questa "situazione" può in certi casi mettere in forse tutto l'esperimento, in quanto assimila a sé l'organizzazione sperimentale e perfino lo scopo che è alla base dell'esperimento. Con il nome di "assimilazione" Jung intende un atteggiamento del ricercatore che fraintende l'esperimento stesso, per "una tendenza inizialmente invincibile a supporre che esso sia un "test" sull'intelligenza o un tentativo di gettare uno sguardo indiscreto dietro le quinte" (Jung 1934).

Jung richiama i suoi esperimenti sulle associazioni, tesi a stabilire le velocità medie e le qualità della reazione a parole stimolo, per denunciare come il metodo venga inficiato dal comportamento automatico della psiche, vale a dire dal fenomeno dell'"assimilazione". È importante sottolineare che lo psicologo analista svizzero in questo fattore automatico, l'*assimilazione*, scoprì il *complesso a tonalità affettiva* che antecedentemente aveva indicato come errore di reazione. In linea di principio Jung non mette in dubbio il valore dell'esperimento, ma lo circoscrive criticamente. Il puro meccanismo dei riflessi non dà il tempo necessario a che si produca il fenomeno dell'*assimilazione*, per cui l'esperimento non viene invalidato da essa, mentre nel campo degli intricati processi psicodinamici emergono possibilità di numero indefinito che danno luogo ad una costellazione. Jung spiega che riferisce il termine *costellazione* ad una "predisposizione di attesa" a partire dalla quale si reagirà in un modo perfettamente definito (Jung 1934). Per Jung i contenuti costellati sono Complessi definiti, ossia per dirla con Book a proposito di CCRT, unità discrete, che posseggono una propria specifica tonalità affettiva. I Complessi influenzeranno l'esperimento, determinando una reazione disturbante o una specifica modalità di reazione che disattende il significato della parola stimolo, associando alle parole stimolo una serie di sintomi di disturbo, operazione dovuta all'affetto del loro Complesso. Jung continua affermando che: "l'esperimento sulle associazioni rappresenta la situazione psichica del colloquio con valutazioni quantitative e qualitative approssimativamente esatte". Una volta riscontrata l'esistenza dei Complessi nell'inconscio di una persona, Jung ne dà la seguente definizione: "il Complesso è un insieme di rappresentazioni interne dell'individuo, inconsce e a forte tonalità affettiva" (Jung 1934). Dopo questa definizione l'autore delinea le seguenti caratteristiche del Complesso, utilizzando il suo linguaggio preferito, cioè asistematico, ricco di geniali intuizioni, ma povero di incisività per quanto concerne la forza di penetrazione e di impatto sul lettore. Esso:

1. è l'immagine di una singola situazione psichica caratterizzata in senso vivacemente emotivo che è per di più incompatibile con l'abituale condizione o atteggiamento della coscienza; a nostro modo di vedere, il Complesso in tale ambito di significato non è diverso dal CCRT di Luborsky.
2. è connotato da forte tonalità affettiva, altro elemento affine al CCRT;

3. possiede una forte compattezza interna, una sua propria completezza e un grado relativamente alto di autonomia; ribadiamo è un'unità discreta come il CCRT di Luborsky.
4. si comporta come un "*corpus alienum*" animato che può essere represso dalla coscienza, ma non eliminato.
5. ha anche una sua specifica memoria e un suo definito tratto caratteriale; in definitiva Jung sostiene che non vede nessuna differenza di principio tra una personalità parziale e un Complesso.
6. non è mai stabile, nei sogni appare personificato; in certe psicosi diventa sonoro come una "voce".
7. ha una sua specifica fisionomia le cui cause originano da *traumi* o *shock emotivi* che hanno provocato il distacco di una parte della psiche dal dominio della coscienza; tali traumi sono prodotti generalmente da "*un conflitto morale*", determinato dalla impossibilità di dare accesso, nella coscienza e nei comportamenti, alla "totalità della natura umana". Anche il CCRT è causato da *stressors,* ma Luborsky non prende in considerazione, a differenza di Jung, il conflitto morale come *trigger*, quanto per lui possono esserlo gli accadimenti ambientali; dunque, il potere di assimilazione del Complesso può esitare in una modificazione, un cambiamento che Jung definisce come "identificazione" con il Complesso. Allora assistiamo ad un'abituale *lapsus* da Complesso "fino alle violente imprecazioni blasfeme di una compulsione ossessiva". Si tratta solo di una differenza di grado. La presenza dei Complessi che agiscono dall'inconscio sulla coscienza dimostra, di quest'ultima, un grado di illibertà più o meno accentuato (Jung 1934).

Proseguiamo il nostro percorso affrontando ora il funzionamento del Complesso. Jung, nella sua dissertazione del 1934 sui Complessi, finisce per asserire che la via regia per l'inconscio non è costituita né dai sogni né dalle libere associazioni, ma proprio dai Complessi. L'autore però sottolinea anche che "la paura del Complesso è una cattiva guida", perché distoglie sempre dall'inconscio e rimanda l'individuo alla sua coscienza (Jung 1934). Nessun uomo può essere persuaso che le forze istintuali inconsce di un Complesso possano significare qualcosa di buono, per cui da ciò ne deriva che lo studio del CCRT possa tendere, dal nostro punto di vista, più alla ricerca del male e meno alla sottolineatura degli aspetti positivi. Anche in campo junghiano, pertanto, il lavoro sul Complesso può essere orientato maggiormente alla destrutturazione dei suoi aspetti negativi, piuttosto che tendere a una sua restaurazione in senso positivo, scelta quest'ultima che può avere dei buoni effetti in una prospettiva fisiologica. La paura del Complesso viene definita da Jung come un fortissimo pregiudizio, che impedisce di considerarlo come "un normale fenomeno vitale" (Jung 1934). Questa paura produce una forte resistenza sostanziale che lo indica come qualcosa di pericoloso e una sensazione di resistenza che lo connota come qualcosa di ripugnante (Jung 1934).

Pericolosità e ripugnanza sono anche gli ostacoli che il paziente incontra lungo la via regia che porta all'inconscio, solo che Freud ha identificato nella rimozione pulsionale tale ostacolo, mentre Jung lo individua con la minaccia dei complessi inconsci nei confronti dell'assetto cosciente. Per Freud tendenze incompatibili con la coscienza per la loro immoralità cadono sotto l'effetto della rimozione. Jung attribuisce invece alla pericolosità e alla ripugnanza del Complesso la sua scotomizzazione nell'inconscio e la sua proiezione sul mondo esterno. Egli fa riferimento per il concetto di Complesso anche a scritti di importanti filosofi quali Leibniz, Kant, Schelling, Carus, Von Hartmann[2]. L'autore arriva infine all'ardita conclusione che i complessi condizionano la vita di tutti noi, compresi i ricercatori, e che saranno per loro anche i decisori di una concezione psicologica. In altri termini, essa che rappresenterà precisamente il limite del loro punto di vista psicologico che Jung definirà "equazione personale" dell'osservatore. Se ne deduce che la stessa teoria di riferimento di un ricercatore abbia il carattere di Complesso e sia per questo motivo che "le violente reazioni reciproche tra psicologi di differente orientamento teorico provocano dibattiti "fortemente emotivi" anche nel campo del dibattito scientifico" (Jung 1934). Lo psicologo svizzero finisce per sostenere che tutti i teorici della psicologia corrano lo stesso pericolo, perché toccano con mano un elemento non domato dell'uomo, il *nouminoso* che costituisce il nucleo affettivo centrale del Complesso e dell'Archetipo da cui esso prende origine. Dichiara così apertamente che dove inizia l'area dei complessi cessa la libertà dell'Io. In tal senso, tre sono secondo lui i problemi sollevati dalla sua teoria dei Complessi: quello terapeutico, quello filosofico e quello morale, ancora aperti alla discussione tutt'oggi (Jung 1934).

Livelli strutturali del Complesso in una prospettiva clinica dimensionale nell'ottica della psicoterapia psicodinamica breve ad orientamento junghiano comunicativo

Fra i Complessi ci soffermiamo in particolare, ai fini successivi dell'esemplificazione di un caso clinico, sul complesso fraterno. Adler fu tra i primi psicoanalisti freudiani, poi fondatori di un loro percorso autonomo di pensiero, che si interessò alle conseguenze sulla psiche della nascita di un fratello o di una sorella, sottolineandone gli effetti sulla formazione del carattere. Secondo Adler, infatti, il/la primogenito/a conserverà della lotta per la sua supremazia sul fratello/sorella i tratti della competitività e dell'indipendenza, mentre il/la fratello/sorella minore coverà sempre un proprio complesso di inferiorità che cercherà di compensare sotto forma di *volontà di potenza* (Adler 1908; 1929-1930).
Dopo un lungo periodo di ridotto interesse per l'argomento, nella psicoanalisi abbiamo assistito negli ultimi anni ad una significativa ripresa di interesse verso la problematica del

[2] Jung sottolinea in particolare l'opera di von Hartman *Philosophie des Unbewussten* (1869) considerata particolarmente importante.

fraterno, in particolare riportiamo l'interessante contributo dello psicoanalista francese René Kaes (2008). Secondo l'autore, una riflessione maggiore sulle dinamiche psichiche inconsce tra e con i fratelli è stata determinata dalle notevoli trasformazioni delle strutture familiari, in collegamento con i mutamenti culturali, economici e sociali che hanno interessato il mondo occidentale dalla fine del XIX secolo. Ciononostante, l'autore francese sottolinea che sono rari i contributi psicoanalitici sul *complesso fraterno*, ipotizzando che tale posizione garantiva, in qualche modo, a Freud la supremazia della problematica edipica.
Kaes ritiene invece che il complesso fraterno "non adombri e non escluda" le conflittualità edipiche, ma anzi, che i due "Complessi" si incrocino di continuo pur mantenendo ognuno una propria specificità e un proprio ruolo nella costruzione della personalità, delle difese, delle identificazioni e degli oggetti interni, fino alla costruzione dei legami oggettuali e delle relazioni gruppali. La stessa mitologia ci richiama a questa considerazione, lasciandoci in eredità le figure di Antigone e Ismene, Eteocle e Polinice, figli e fratelli di Edipo. Le conflittualità che si sviluppano nel rapporto tra Eteocle e Polinice (fratello-fratello), tra Antigone e Creonte (nipote-padre), tra Antigone e Ismene (sorella-sorella), tra Creonte ed Emone (padre-figlio) e, infine, tra Creonte ed Euridice (marito-moglie), sono di natura squisitamente morale e scaturiscono inizialmente dalla dinamica incestuosa del Complesso di Edipo, assumendo successivamente una maggiore e più complessa rilevanza proprio nelle dinamiche correlate al complesso fraterno, in un circuito che sia autoalimenta (Kaes 2008). Il Complesso di Edipo, dunque, è il nucleo fondante che anima tutte le relazioni familiari che si sviluppano nei personaggi che sono anche più rappresentazioni interiori dell'essere umano nella sua identità conscia ed inconscia, compreso il Complesso fraterno.
Dopo questo necessario chiarimento, la nostra proposta, in una prospettiva clinica dimensionale, è di concettualizzare operativamente un Complesso a forte tonalità affettiva, che risulterà come di seguito strutturato:

1. Un *pattern of behaviour*, ereditato dalla caratteristica strutturale dell'archetipo da cui scaturisce e, in quanto tale, affine al concetto di CCRT di Luborsky;
2. Un livello immaginale, emotivo-relazionale, finalizzato alla costruzione dell'aspetto rappresentazionale dell'universo umano di cui il paziente fa esperienza sin dalla nascita: padre, madre, fratelli, sorelle, in linea con il concetto di rappresentazione del CCRT di Luborsky;
3. Un livello intrapsichico di base deputato alla realizzazione di funzioni psicologiche, da Jung definite Tipi psicologici, tese alla realizzazione della propria identità umana;
4. Un livello intrapsichico di ordine superiore teso alla realizzazione di valori spirituali e religiosi: si tratta del livello di confine tra il Complesso e l'Archetipo di riferimento, deputato alla elaborazione del senso ultimo della propria vita l'*Unus Mundus*, concezione dell'universo conscio ed inconscio di natura bio-psico-spirituale in un'accezione junghiana.

Le diverse reazioni degli individui – RS del CCRT -, nelle loro espressioni sia normali sia psicopatologiche, hanno un minimo comune denominatore. Tutti gli individui hanno reazioni, dettate da un sentimento condiviso, ad es. dalla paura. Quest'ultima come difesa può generare, conseguentemente, alcuni tipi di reazione con relativi meccanismi di difesa: comportamenti di attacco e fuga; scissione tra immagini di sé e dell'oggetto, idealizzate e svalutate, ma tenute separate ad opera della scissione stessa; reazioni polivagali di natura neurovegetativa (Porges 2017), ad es. bradicardia, apnea, finta morte, svenimento, per citarne alcuni; o ancora rifugio in ambiti immaginari compensatori dello stato di sofferenza come nel caso di agiti maniacali di shopping compulsivo, gioco d'azzardo e uso di sostanze. D'altro canto, una reazione negativa dell'oggetto - RO del CCRT - alle aspettative del soggetto – W del CCRT - si potrà estrinsecare in vari contesti e/o alla presenza o con la compartecipazione di altre figure: una moglie, una madre, un nonno, fratelli/sorelle, amici del paziente. Le loro diverse reazioni intrapsichiche saranno comunque caratterizzate da pattern conflittuali condivisi da tutti, anche se non uguali per tutti. Diamo quindi per implicita, nella stessa definizione junghiana di Complesso, la sua diadicità e/o multifattorialità, determinata dal polimorfismo delle rappresentazioni interiori coinvolte. Questo nostro assunto di base è confermato ed è implicito nella stessa definizione junghiana di Complesso: un insieme di rappresentazioni psichiche inconsce unite da una forte tonalità affettiva di amore e di odio. L'autore non riconosce nell'ambito del complesso una sua dimensionalità, che si manifesta lungo uno spettro verticale che va dall'infrarosso delle immagini negative all'ultravioletto dell'immagini positive, che aprono il Complesso alla prospettiva di una superiore spiritualità. Volendo esemplificare, tutte le rappresentazioni interiori si possono spogliare dei loro vestiti concretistici per ascendere al livello superiore spirituale delle immagini, come può esserlo Cristo per le figure di sesso maschile e la Madonna, per quelle femminili. La descrizione psicopatologica del CCRT si focalizza sul desiderio che, come sappiamo, è la rappresentazione psichica della pulsione. Il Complesso junghiano, viceversa, comprende in sé questo motivo psicodinamico del desiderio come aspetto psichico della pulsionalità biologica, ma non si esaurisce in esso.

La stessa analisi del Complesso scopre anche un suo lato *construens*, e non solo *destruens*, e che esso strutturalmente fa parte del normale funzionamento psichico. Nella nostra casistica clinica, ad esempio, pazienti che si autodefinivano sul piano conscio accesamente atei non solo nei sogni, ma anche nella Sand Play Therapy, esprimevano contenuti di evidente significato religioso, in ottemperanza alla natura compensatoria dell'inconscio junghiano nei confronti della unilateralità dell'orientamento cosciente. I pazienti, in tal caso, erano contaminati da, se non preda di, un Complesso religioso contro cui combattevano. Non era quindi in gioco una libido pulsionale, ma la libido junghianamente intesa come *elàn vital* (Jung 1912), quindi di natura spirituale. Infatti, essi manifestavano una forte ed

evidente opposizione ai temi religiosi, ma, allo stesso tempo, una contestuale insormontabile difficoltà di accesso alle verità inconsce di natura spirituale e ai conseguenti conflitti morali inerenti al Complesso. Questo stesso tipo di pazienti, sul piano conscio relativizzavano tutti i contenuti psichici, a scopo difensivo, in un amorfo caotico e onnicomprensivo crogiuolo, la mera materia, senza alcuna possibilità di distillarne essenze simboliche. Non andavano mai oltre il prendere coscienza parcellare del rapporto tra il loro sintomo e la figura negativa di riferimento, ma con un notevole impedimento ad un percorso dimensionale di elaborazione del loro problema psichico.

Onde superare le aporie derivanti dalla parcellizzazione delle comunicazioni consce ed inconsce nelle singole unità di base del CCRT, che comporta un possibile uso falsificante delle medesime da parte dell'Io e delle sue strategie difensive soprattutto intellettuali, proponiamo una operazionalizzazione dei dati sperimentali, individuando questi ultimi nel concetto di derivato. Ci riferiamo quindi ad un'operazionalizzazione di processo realizzata con una analisi del processo.

Il Metodo di trattamento e di ricerca dei dati operazionabili

L'unità operativa e di ricerca è la stessa: il *derivato* (Berivi 2012). Con tale termine, mutuato da Freud, che parla in Metapsicologia di "propaggini del rimosso originario" (Freud 1978) e successivamente sviluppato da Langs (Langs 1973-74; 1988), ci si riferisce a comunicazioni al limite del preconscio, prevalentemente inconsce, costituite da associazioni libere, sogni, *lapsus*, atti mancati, linguaggio fisiologico e patologico del corpo. La struttura del *derivato* consiste in una comunicazione costituita da uno o più soggetti, uno o più oggetti e un verbo.

Il verbo contenuto nel *derivato* può esprimere:

1) La richiesta di appagamento di un *desiderio pulsionale* o la frustrazione del medesimo, con correlati meccanismi di difesa che possono essere di livello:
   a) Alto: secondari alla rimozione
   b) Medio: secondari alla scissione
   c) Basso: secondari alla dissociazione
   d) Corporeo: polivagali e/o psicosomatici
2) La richiesta di appagamento di un *desiderio relazionale/emotivo* o una sua frustrazione:
   a) Accoglimento e/o rifiuto da parte dell'oggetto.
   b) Accoglimento e/o rifiuto di un bisogno di attaccamento (Ainsworth et al. 1978; Main & Solomon 1990)
3) Lo sviluppo o la frustrazione di un moto fusionale tra la preconcezione archetipica dell'oggetto (cioè il complesso) e la sua figura reale e concreta
4) La *realizzazione di un talento/attitudine* del soggetto (Kohut 1971)

5) Sviluppo e/o frustrazione di un moto religioso avente per oggetto figure transpersonali trascendentali/immanenti o trascendenti.

Tutte queste comunicazioni all'interno del campo *bipersonale* paziente-terapeuta possono essere operazionalizzate in analogia con la manualizzazione del CCRT di Luborsky. Poiché la distinzione tra i *derivati* e le altre forme di comunicazione conscia ed inconscia richiede uno studio ed una competenza tecnico-professionale molto profonda e raffinata, il lavoro di differenziazione tra i derivati e le comunicazioni rimuginative, fatte di credenze, opinioni, vissuti consci, comportamenti giustificati, richiede vieppiù l'ingaggio nella ricerca di analisti didatti molto esperti dal punto di vista clinico.

Esemplificazione clinica di un Complesso fraterno curato con una psicoterapia psicodinamica breve ad orientamento junghiano comunicativo

Al fine di illustrare l'importanza del conflitto etico come base di un complesso psicopatologico, ci accingiamo ad illustrare, qui di seguito, un caso clinico che offre spunti di riflessione anche teorica sul Complesso. Si tratta di una paziente di 31 anni, affetta da un *complesso fraterno*, con una correlata sindrome diffusa ansiosa focalizzata sulla vita della sorella minore, seguita in un percorso di psicoterapia psicodinamica breve ad orientamento junghiano.
Anna è una giovane donna, ingegnere, molto affermata nel suo lavoro per una sua indiscutibile intelligenza superiore alla media. Ha un fidanzato che lavora nel suo stesso settore informatico, ma con una sede operativa distante 600 Km da dove abita. Chiede al suo medico di base di ricorrere ad una psicoterapia, perché ha subito un fortissimo incremento di ansia essendo venuta a conoscenza della iniziale sclerosi multipla della sorella. Riportiamo fedelmente e integralmente la 1° e la 21esima seduta della psicoterapia psicodinamica breve ad orientamento junghiano comunicativo, della durata di sei mesi, per un totale predefinito di 24 sedute. Tale esposizione ha lo scopo di dimostrare in modo documentato l'efficacia terapeutica di tale approccio terapeutico e iniziare ad individuare i fattori operazionabili per successivi approfondimenti clinici e di ricerca statisticamente significativa.
Il terapeuta è uno specializzando in formazione che opera con la supervisione con un analista didatta.

1° Seduta:

[La Paziente arriva in anticipo, ma le viene consentito di entrare solo all'orario concordato]
T: avevamo appuntamento alle 8:00, la riceverò alle 8:00. Si può accomodare qui e se le serve il bagno è qui davanti.
P: va bene
Alle 8 inizia la seduta.

T: come sta?
P: bene
T: che cosa l'ha condotta qui?
P: ne avevamo già parlato con la Dott.ssa X, è successo un evento inaspettato. A febbraio a mia sorella è stata diagnostica la Sclerosi Multipla. Una doccia fredda, il mio modo di vedere le cose è cambiato, ora sono pessimista, anche prima forse lo ero, ma ora sono peggiorata. Inizio ad avere anche dei sintomi fisici sul mio corpo, sono sempre stanca, apatica, senza forze.
T: che tipo di stanchezza?
P: come se dovessi svenire [difesa polivagale][3], non ho voglia di fare le cose, faccio le cose solamente indispensabili [difesa depressiva], mi viene mal di testa, mal di stomaco; ultimamente mi sono uscite anche delle ghiandole che si sono ingrossate e dei rash sulla pelle.
[Derivato negativo: linguaggio psicopatologico del corpo]
Mi sento in colpa, mi sento tremendamente in colpa che sia successo a mia sorella e non a me. [**Derivato negativo: linguaggio psicopatologico della mente, la colpa]**
T: quanti anni ha sua sorella?
P: 26.
T: vivete insieme?
P: no, mia sorella vive con i miei genitori ed io da sola.
T: sua sorella come sta adesso?
P: a vederla sta bene, ora sta meglio, ha risolto il problema che aveva al ginocchio, mia sorella è forte, aggressiva, decisa.
T: come si è accorta della malattia sua sorella?
P: in una maniera piuttosto brutta, aveva dei problemi al ginocchio che pensavano fossero dovuti al movimento; poi una volta un osteopata, presso la palestra ove andava, le ha suggerito di farsi una RM e lì sono uscite le placche. È allucinante, per tanti anni si era pensato fosse un problema muscolare e nessuno ci aveva pensato.
T: quanto tempo è passato dall'insorgenza del male al ginocchio alla diagnosi?
P: meno di 1 anno, ci è sempre stato un miglioramento, mia sorella è stata molto forte, siamo stati tutti molto forti, verso mia madre soprattutto.
T: perché?
P: mi chiamava in lacrime, c'era una forte paura e dolore da parte sua ed angoscia, e molta preoccupazione ed agitazione; da parte mia, invece no, cercavo di essere forte e calma per supportare mia madre, mi sono dovuta sentire i suoi pianti e i suoi sfoghi.

[3] Le parentesi quadre contengono la valutazione delle singole comunicazioni consce ed inconsce, come previsto dal modello esposto, ad opera dei supervisori.

T: che cosa le diceva sua madre?
P: diceva che non capiva il perché fosse successo a mia sorella, non se lo spiegava, si sentiva crollare il mondo addosso
[Derivato negativo: inversione associativa dei ruoli, richiedere sostegno piuttosto che darlo]
T: che paure ha Lei?
P: che mia sorella possa perdere la deambulazione e l'autonomia, anche mamma ha paura di questo. Alla fine, però poteva andare peggio, ora ha recuperato.
T: prende farmaci sua sorella?
P: fa delle fiale una volta a settimana, però a casa, ora non andiamo più all'ospedale. Il periodo dell'ospedale è stato un incubo, ci toccava fare le file, stare in mezzo alla gente per molto tempo, una burocrazia infinita. Ho sofferto molto in quel periodo, ero angosciata a fare le attese e le file in ospedale, però ora è passato grazie a dio.
[**Derivato negativo: attesa tra una seduta e l'altra vissuta come troppo lunga**]
T: ha altri fratelle e sorelle?
P: no.
T: suo padre che dice?
P: nulla, non si espone, non si è mai sfogato.
[**Derivato negativo: non esprimere emozioni da parte del padre]**
T: e con sua sorella?
P: normale, non le ha detto nulla, le trasmette forza ma senza eccessi od angosce, è l'opposto di mamma.
[**Derivato positivo: di natura transferale sullo psicoterapeuta**]
T: lei ha avuto modo di esporsi e confrontarsi con qualcuno?
P: si, con il mio fidanzato. Mia sorella ha voluto si mantenesse il riserbo sulla sua malattia; pertanto, lo sappiamo solamente io ed il mio fidanzato, nemmeno i miei zii ed i cugini lo sanno, lei non ha voluto.
T: forse sua sorella non vuole essere vista debole o fragile?
P: mia sorella non dice nulla, non è debole né fragile, semplicemente non vuole che si dica. Nemmeno le mie migliori amiche lo sanno, non glielo ho potuto dire.
T: sua sorella con chi ha avuto modo di confrontarsi?
P: con alcune sue amiche molto strette e con me.
T: lei invece si sente supportata?
P: non lo so, non so se dovrei essere supportata o se mi dovessi aspettare di esserlo, la malata è lei. Non ne parlo nemmeno più di tanto con il mio fidanzato di questa situazione. Non amo parlarne, ogni volta che ne parlo risale il dolore, il dispiacere, ci sto male.
T: però se lei non ci pensa, ci pensa il suo corpo.
[La paziente ha le lacrime agli occhi]

[**Derivato positivo: linguaggio fisiologo del corpo, il pianto]**
T: se vuole piangere si senta libera di piangere, non è detto che si debba sempre parlare.
T: che lavoro fa?
P: *risk manager*, sono un ingegnere, lavoro in autostrade.
T: da quanto sta con il suo ragazzo?
P: circa 4 anni. Ci siamo conosciuti quando io lavoravo in un altro stato estero, lì venivo da una storia in cui mi ero lasciata da poco, non avrei voluto un'altra storia ma poi ho conosciuto lui e così per scherzo ci siamo fidanzati. Viviamo a distanza, lui lavora in un'altra città italiana del sud, ci vediamo nei weekend quando possiamo. Mi sento sola, spero il 2023 sia l'anno della svolta per noi. Non è stato facile girare così tanto, sono stata molto indipendente.
T: cosa Le viene in mente a proposito della Sua professione?
P: un tempo si, ero brava, ho fatto tutto in tempo, mi sono laureata in 5 anni. Ora sono svogliata, non ho voglia di fare le cose, sono cambiate le mie priorità dopo la malattia di mia sorella, non investo più come prima sul lavoro; prima ero molto pignola e precisa, ora mi sento sciatta. Prima volevo realizzarmi, ero indipendente. Ora mi sento meno forte di prima.
T: che lavoro fanno i suoi genitori?
P: papà lavora in un'officina meccanica per motorini, mamma parrucchiera.
T: sua sorella studia?
P: si, ma non ha finito ancora l'università, è stata discontinua, ha fatto qualche lavoretto qua e là, ora ha ripreso a studiare, ma ora con la malattia non so bene cosa vuole fare e questa cosa mi angoscia.
[**Derivato negativo: linguaggio psicopatologico della mente negativa, identificazione con la sorella nella malattia]**
T: ha fatto dei sogni ultimamente?
P: sogno spesso ma non me li ricordo, ultimamente ho sognato il mio cane in un giardino pieno di luce che mi sorrideva, gli altri però non me li ricordo.
[Derivato positivo: il cane che le sorride allude all'aver già stabilito una relazione con il terapeuta]
T: portare i sogni in terapia può essere utile, potrebbe se vuole quando si sveglia appuntarli su un quadernino così li fissa e non li dimentica.
P: ci proverò.
T: la seduta sta per finire, le sedute dureranno 45 minuti e saranno il lunedì mattina alle ore 8:00, come anticipato.
P: d'accordo.
T: va bene allora ci salutiamo.
[Alle 8 e 45, in orario, si conclude la seduta]

21° seduta:

[La paziente arriva in orario]

P: Buongiorno, da quanto tempo, sembra una vita che non ci vediamo. L'ultima volta è stata colpa mia, sono stata malissimo. Poi, quando sono stata male la ho pensata, che è stato male anche lei, mi sono chiesta se fosse stata la stessa malattia io ho avuto la gastroenterite, ovvero che abbiamo avuto la stessa malattia.

[**Derivato negativo: identificazione con il terapeuta nella malattia come con la madre nell'ansia**]

P: a parte che sono stata male, questa è stata una settimana tranquilla, dopo Pasqua mi trasferisco a casa nuova. Da martedì prossimo iniziamo il trasloco, già da mercoledì ci dovrei stare fissa, a parte gli inconvenienti, i ritardi, sembra che questa settimana si chiudano parecchie cose, è arrivato il momento tanto atteso con tanto entusiasmo, andrò a casa con il minimo sindacale, non è ancora conclusa, ma è vivibile, sono contenta. Chissà se la malattia della mia settimana scorsa, quando sono stata male, è stata l'ansia.

[**Derivato positivo: si trasferisce dall'ambiente mentale della colpa e dell'ansia a quello dell'indipendenza nel benessere senza ansia e della sua identità sana**].

T: nell'altra seduta i temi che Lei ha riportato hanno evidenziato come il fatto di averla avvisata della mia assenza a notte inoltrata, abbia generato in lei ansia e angoscia che l'ha portata di conseguenza a comportarsi in maniera analoga, avvisandomi a notte inoltrata della Sua successiva malattia.

P: sì, io sono ansiosa. Ora sta bene anche il cane.

[Derivato positivo: allusione alla ripresa di fiducia nella relazione terapeutica]

P: quando l'ho avvisata mi sentivo in colpa mentre scrivevo. Magari non avevo capito il sentimento con cui l'ha scritto quella sera, ma leggendo il suo messaggio quella volta ho pensato subito che fosse successo qualcosa di brutto, che le fosse successo qualcosa di grave e di repentino e quindi mi sono preoccupata, ma questo è il mio approccio. Sempre ansioso che sicuramente è da rivedere.

[**Derivato negativo: presenza di ansia anche se indotta dal comportamento del terapeuta**]

P: ieri pure che ero in Puglia con il mio ragazzo, ci chiama una coppia di amici per dirci di prendere un caffè alle 12 ed io sono andata subito nel panico perché ho pensato subito ad un imprevisto o a qualcosa di grave; invece, ci volevano semplicemente avvisare che si sarebbero sposati e ci volevano invitare al matrimonio.

[Derivato positivo: il riconoscere da parte del terapeuta dell'inopportunità della chiamata notturna, in quanto riconoscimento implicito di aspetti controtransferali, ha prospettato una unione profonda con lei]

P: però, rispetto al passato, sto molto meglio perché perlomeno adesso mi faccio la domanda, fatti venire il dubbio che ci sia qualcosa di buono e che non sia solo negativo, questa do-

manda me la faccio 10 minuti dopo, prima invece non me la facevo per nulla. Da quando abbiamo iniziato la terapia quindi sicuramente vi è stato un cambiamento positivo.
T: da quello che ha detto, dicendo di andare a vivere a casa nuova mi sta simbolicamente comunicando che qui in terapia c'è qualcosa di nuovo che si sta costellando nella Sua situazione psichica. Insieme abbiamo raggiunto il minimo sindacale, ossia la risoluzione del dominio assoluto dell'ansia; così si può andare avendo messo le basi.
P: abbiamo iniziato ad ottobre il nostro percorso, me lo ricordo, in concomitanza del compleanno di mio padre, abbiamo fatto passi avanti, specialmente nel mondo emotivo, sono contenta. Voglio lavorare anch'io su me stessa e sul mondo delle mie emozioni. Indipendentemente dal percorso che faremo insieme. L'altra volta abbiamo parlato di emozioni e del viverle. Se io davanti mi metto un muro non le vivrò mai; mi propongo di viverle, di conoscerle. Di questo voglio fare esperienza, mi è piaciuta questa chiave di lettura; quindi, me la porto a casa.
[**Derivato positivo: fare sua la chiave di lettura del terapeuta, al di là della possibilità o meno di continuare la psicoterapia]**
T: che cosa le passa dentro in merito al vivere le emozioni?
P: a vivere quelle brutte ho paura di farmi male specialmente se non le vivo, me le trascino. Se avessi vissuto a pieno la malattia di mia sorella non l'avrei trascinata tutto questo tempo, è stato solo un procrastinare. Io sono tornata a vivere a casa dei miei una decina di giorni dopo che abbiamo iniziato la terapia. Chissà se è stata una coincidenza, da sola sarebbe stato uno schianto, vivere con i miei e mia sorella, Lei mi ha molto aiutato. Speriamo che non capitino più emozioni negative, però sicuramente ora mi sento di avere più strumenti. Allo stato attuale, ogni volta che vengo qui mi sembra di svuotare un vaso e sto meglio, sono molto più leggera. A Pasqua andrò in Puglia, sarà la prima volta che non passo la Pasqua con i miei, a parte quando ero in trasferta per lavoro. Sono proprio contenta di aver comprato casa lontana da tutti questi "suoceri" (compresi i genitori! n.d.r.). L'altro ieri è stato il compleanno della sorella di M, a pranzo c'erano i genitori, gli zii e la sua mamma mi prende a braccetto e mi dice: allora sono tua suocera, che bello. Tutta questa vicinanza non la voglio, mi genera un po' d'ansia, non mi piacciono tutte queste intromissioni nella coppia, è una cosa che non voglio condividere, la mia relazione. Allora la mamma di M mi ha detto, vabbè, sarò tua amica. Un po' mi mette ansia. Mi da fastidio che lo chiami anche la domenica, se non lo vede per due giorni. La famiglia la vivo un po' come un obbligo, nel senso che uno è obbligato a frequentarla; su questa cosa della famiglia devo trovare un equilibrio. Per ora sono fuggita.
[**Derivato positivo: fuga/evitamento agita/o nei confronti di una figura materna intrusiva**]
P: Il fatto di avere casa mi salva da mia madre, che continua a farmi domande; ogni volta che sto lì, è insistente, mi pungola, mi stressa con le domande quando torno dal lavoro. È molto invadente.

[**Derivato positivo: ho preso distanza da mia madre**]
T: Pensa che io le abbia fatto domande invasive?
P: no, anzi Lei chiede molto poco, se chiedesse di più sarebbe più facile. Mia madre è come un ticchettio continuo con queste domande, alla fine ti portano ad allontanare le persone. Questo rapporto con i miei genitori è molto conflittuale, mi chiedo se il mio modo di fare non sia legato anche al loro distorto rapporto e a quello che è successo in passato. Ho riflettuto anche sul fatto che spesso non parlo di M con i miei forse perché va bene e non c'è bisogno di parlarne, se non l'altra volta che abbiamo discusso. Voglio concentrare le energie su una mia futura famiglia e come sarà con loro il nuovo rapporto. Alla fine, mi dispiace ora lasciare lì il mio cane e mia sorella.
[**Derivato positivo: accettazione della dipendenza dal terapeuta e di dolore per la separazione dalla sua identificazione con la sorella]**
T: andando via di casa è normale provare dispiacere nel lasciare i propri genitori, ma si apre anche, come Lei stessa ha appena detto, una strada diversa che Le può far analizzare più serenamente il rapporto con i suoi genitori, in un contesto in cui Lei sicuramente è meno sotto pressione, stando da sola.
P: si è vero mi dispiace ed ora sento l'esigenza di farlo.
T: per oggi abbiamo finito, ci vediamo il 17.
P: il 24 lei ci sarà o farà il ponte?
T: ci sarò.
P: che bello, arrivederci.
[la seduta si conclude in orario]

Una proposta di analisi operazionalizzata del *single case* secondo il criterio processualecorrelata con il sintomo

Il Complesso, come unità di base del nostro metodo e a nostro modo di vedere, offre all'analisi discreta del processo dati immediati e fattori coscienti operazionalizzabili che permettono di correlare l'attenuazione e/o la scomparsa del sintomo, nel nostro caso l'ansia, con la modifica della distribuzione dei derivati e non delle semplicistiche occorrenze che quasi sempre sono il frutto di operazioni falsificanti dell'Io conscio. In tal caso, si tratta di uno studio orientato alla verifica dell'efficacia sul sintomo, che, in modo per noi piuttosto superficiale, conferma l'esito della psicoterapia con la sola risoluzione del sintomo. Questo tipo di statistica è, per i dati operazionalizzati, esposta proprio alle operazioni falsificanti dell'Io conscio. Diversamente, nell'analisi del Complesso, noi preferiamo adottare uno studio discreto fondato sull'analisi del processo (ad es. nel single case che cercheremo di analizzare), in cui l'unità di base è il *derivato*.
Langs, lo ripetiamo, definisce i *derivati* come forme narrative che costituiscono la struttura

delle libere associazioni, i sogni, i lapsus gli atti mancati, il linguaggio patologico del corpo e fisiologico del corpo. Esso è l'unità di ricerca che rappresenta il dato osservazionale. Nella nostra ottica, infatti, non sono le credenze, né le opinioni, i vissuti, i comportamenti coscienti a costituire il dato significativo da correlare con il sintomo, ma lo sono i *derivati* che palesano esprimendolo in codice simbolico il conflitto inconscio e la sua soluzione anche etica. Nel nostro caso specifico, possiamo ipotizzare, tramite l'analisi dei *derivati*, che la paziente riesca a ricondurre nella relazione transferale la sua identificazione sia con la madre ansiosa sia con la sorella malata. Ciò accade quando la paziente vive proprio nella relazione transferale la sua identificazione con il terapeuta, anche lui malato, che, "grazie al suo controtransfert", dà occasione alla paziente di percepire la realisticità della sua identificazione inconscia con il terapeuta malato, ma anche la realisticità dell'identificazione del terapeuta con lei malata. Lo scioglimento di questa identificazione reciproca viene ottenuto dalla paziente quando lei si autopropone la dissoluzione della dinamica tra i due opposti. In questo modo, ella prende consapevolezza che con il terapeuta stanno insieme in una doppia inconscia identificazione malata come generalmente le accade anche con la madre e sorella. Contemporaneamente, accede anche al superiore livello simbolico di un progetto di unione con il terapeuta in una nuova casa psichica, ove può trovare spazio la sua identità non più confusa com'era con l'identità malata della madre e della sorella.
L'operazionalizzazione dei *derivati* come dati positivi e negativi di una prima forma di ricerca da noi proposta, solo osservazionale, ha portato ai seguenti risultati:
1° Seduta
Derivati negativi: 6
Derivati positivi: 3
21° Seduta
Derivati negativi: 4
Derivati positivi: 7
L'inversione dei valori tra la prima seduta e la 21esima è, secondo noi, di tutta evidenza.

Analisi clinica del caso secondo la teoria dei complessi in Jung

L'evento stimolo dell'inizio di quest'analisi è uno *stressor* esterno alla paziente, e qui usiamo il termine nella accezione adottata per il CCRT di Luborsky, che non tiene conto della possibile presenza, alla base del sintomo della paziente, di un conflitto morale intrapsichico inconscio, determinato dalla sua ambivalenza verso la sorella amata ed odiata allo stesso tempo. Parliamo di un Complesso fraterno ove il conflitto morale intrapsichico inconscio è presente. La paziente ha eretto contro la consapevolezza di questo conflitto difese sia di alto livello, quale è l'ansia, sia di basso livello, come accade per le reazioni difensive polivagali e psicosomatiche: mal di testa, mal di stomaco, ghiandole ingrossate, *rush* cutanei,

reazione di svenimento, quest'ultima quale classica attivazione del sistema polivagale. Ella attribuisce anche alla sorella a livello psichico forza e aggressività. Si tratta ovviamente di una forza che è espressione di un atteggiamento ipomaniacale di negazione dell'evento, diremmo noi. Nell'ambito del Complesso che è stato costellato dall'evento stimolo, la paziente nutre immagini di sé forti. L'immagine della madre è angosciata da uno stato di allarme, affetta da senso di impotenza e disperazione: perché è toccata a tua sorella? La paziente collega il suo sintomo, l'angoscia, a un vissuto che è stato scatenato nella sua virulenza sia dalla presa di consapevolezza della malattia della sorella, sia dal periodo in cui la accompagnava in ospedale, visto come una struttura dall'accoglienza fredda e anche piuttosto anonima, solo tecnologica. L'ospedale quindi come equivalente simbolico di una madre che risponde al desiderio di calore ed affetto in modo freddo e negligente.
Si nota altresì il silenzio paterno che a differenza dell'ansia della moglie, trasmette forza, ma senza eccessi o angosce. Il padre, secondo quest'ottica, rappresenta una figura che da un lato sembra gestire adeguatamente l'angoscia, ma dall'altro tace come risulta dal racconto della paziente. La difesa utilizzata è il meccanismo dell'evitamento dell'argomento "malattia della sorella", generatore in lei di dolore, dispiacere e malessere. Nel momento in cui il terapeuta collega questo dolore, vivibile per la paziente solo a livello corporeo, con la sua sintomatologia fisica, la paziente può finalmente permettersi di vivere il suo pianto, cioè il lutto. Ricordiamo che il termine lutto proviene dal termine *lugere* che significa proprio piangere. In seguito a questo vissuto di dolore, ella mette in discussione il suo senso di autonomia e di indipendenza riferiti alla sua efficienza professionale, che però si accompagnano a un sentimento di solitudine causato dalla distanza spaziale dal fidanzato. Prima della malattia della sorella si sentiva molto forte, ora meno. Proietta sulla sorella, con una latente aggressività nei confronti della eventualità che quest'ultima intraprenda una eventuale professione, l'impulso di non lavorare più e non studiare più che per la prima volta comincia a sentire su sé stessa nell'ultimo periodo. Ha però una reazione nei confronti della malattia della sorella, perché sogna il suo cane in un giardino pieno di fiori e luce che le sorrideva, cioè un istinto inconscio alla vita e alla luce della verità. È il solo elemento positivo in un mare di dolore e sofferenza, correlati alle relative angosce. Rappresenta però anche un segno che fa supporre una prognosi positiva a proposito della risoluzione della sua ansia, sintomo per cui si è presentata in psicoterapia. Infatti, subito dopo il sogno del cane che le sorride, parla associativamente della voglia di concentrare le sue energie su una sua futura famiglia e sul suo nuovo rapporto con la famiglia d'origine. Sono questi i lavori di ristrutturazione che sta facendo in terapia per abitare nella sua nuova casa in modo del tutto indipendente, cioè una casa nuova come nuovo è l'assetto individuale e relazionale che si propone di realizzare. Se si troverà di fronte ad un muro da parte dell'altro, possibile risposta dell'oggetto-terapeuta, essendo entrata in possesso della chiave di lettura, farà da sola.

Conclusioni

L'analisi condotta con la Psicoterapia Psicodinamica breve ad orientamento junghiano comunicativo sul Complesso, pur palesando uno sviluppo che parte dal riconoscimento di questo nelle comunicazioni del paziente e dalla conseguente sua connotazione fraterna, non segue una logica sequenziale cosciente definita a priori, come nel caso del CCRT di Luborsky, ma si affida alla logica simbolico-associativa dell'inconscio profondo, così come delineato dall'ottica comunicativa di Robert Langs.

Il Complesso, da questo punto di vista, si diversifica molto dal CCRT di Luborsky. Quest'ultimo è fondato su tre variabili molto definite: un desiderio, una risposta dell'oggetto, una reazione del soggetto alla risposta dell'oggetto. Nel caso del Complesso noi prendiamo in considerazione non solo un desiderio del soggetto, ma anche un vissuto, un atteggiamento o un comportamento. Ciò perché il solo desiderio potrebbe anche essere un desiderio perverso, e quindi non andrebbe soddisfatto *tout court,* ma dapprima conosciuto e poi eventualmente eticamente accettato o frustrato. Oppure, sempre il Complesso potrebbe riguardare la realizzazione di un talento o di una necessaria autoassertività della propria identità. Il Complesso, nella sua accezione patologica, farebbe dipendere dalla risposta relazionale dell'oggetto la reazione autosvalutativa della paziente. Poiché, invece, quest'ultima possiede ora la chiave di lettura, potrà fare da sola, cioè non si farà più influenzare negativamente dalle reazioni presunte o attuate dall'altro, trovando nella realizzazione del suo talento anche il compimento della sua autentica identità.

Il Complesso fraterno ha ritrovato la sua funzionalità sana nel processo di acquisizione da parte della paziente della capacità di fare esperienza e di possedere la chiave di lettura dei suoi sentimenti positivi e negativi, non più polarizzati come opposti, ma dissolti da una sintesi che ha trainato la paziente ad un superiore livello dimensionale della sua personalità. Inoltre, la paziente, nell'ultima parte della psicoterapia, non è più lacerata dal conflitto tra amore e odio verso la sorella, e ha ritrovato la sua identità femminile nella "sua nuova casa ristrutturata" che andrà ad occupare al di fuori del contesto familiare "malato del conflitto tra gli opposti".

Concludiamo con le parole di Jung: "*Si potrebbe tuttavia pretendere che il metodo terapeutico debba essere tale da rendere possibile che anche in momenti successivi dell'esistenza si verifichino nuovi orientamenti senza dar luogo a difficoltà*" (Jung1957/58).

The Complex, a crazed algorithm that rules the psychic universe

Indications for a Brief Dynamic Psychotherapy whit a Psychological Analytical Communicative Orientation

Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C.

Key Words: Brief Dynamic Psychotherapy, CCRT, Complex, Derivative

Citation: Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C. (2023). *The Complex, a crazed algorithm that rules the psychic universe. Indications for a Brief Dynamic Psychotherapy whit a Psychological Analytical Communicative Orientation*

doi.medra.org: 10.48237/LIJ_069

30/06/2023. Licenza Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale

Funding: None

Competing interests: None

Corresponding author: Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C.

Abstract: Today it is possible to observe how the concept of algorithm has held a dominant position both in the exact sciences and in the social sciences, psychology, sociology, and in institutional culture, public and private companies. The algorithm can be conceived as a concept similar to the nature of the psyche precisely because it relativizes logic to one of the possible psychic tools, which must coexist with non-logical mental functions. The authors hypothesize this analogy between Jung's concept of algorithm and that of complex because the Complex is a concept of Jung's theory of the psyche, so much so that theory is often called "psychic theory of complexes": paternal, maternal, fraternal, filial, etc. In the light of this premise, the authors propose a form of Brief Dynamic Psychotherapy with a Communicative Analytical Psychological orientation. First they illustrate a preliminary reference to the operational and research unit constituted by Luborsky's CCRT, as elaborated by H. Book in his theorization of Brief Dynamic Psychotherapy. Subsequently they focus attention on an original Jungian brand concept, the Complex, and highlight its analogies and differences with Luborsky's CCRT. In particular, they underline the difference between the two concepts constituted by the dimensional organization of the Complex. Finally, they document their proposal with the description of a clinical case of Fraternal Complex, using the derivative as the clinical operating unit, in the sense of R. Langs.

Preamble

The concept of algorithm is currently dominant in bothpure sciences and social sciences, psychology, sociology, and in institutional culture, public and private companies. Its connotation makes it the master in today's all fields of knowledge and human action. The algorithm is a sequence of actions that can also be defined as a procedure. It can be used to solve problems that are not necessarily formalizable in the mathematical language.

Today, it is dominant especially in studies dedicated to artificial intelligence, where algorithms of emotions, that is of an exquisitely human dimension, begin to appear, even already operational. Unlike the algorithm, the program represents the specific version of the algorithm in the programming language, which however presents itself with precise grammatical and syntactical rules and is based exclusively on Logic. Since the psychic substance proposes Logic not as the only possible approach to knowledge, but also foresees links, in the vision of reality, such as analogical, comparative and/or contemplative messages. The algorithm can be conceived as a concept similar to the nature of the psyche, precisely because it links logic to one of the possible psychic tools, which must coexist with non-logical mental functions.

We hypothesize this analogy between Jung's concept of algorithm and the concept of complex, since the Complex is a concept of Jungian theory on the psyche, so much so that the theory is often called "psychic theory of complexes": paternal, maternal, fraternal, branch, etc. The Complex is the result of the impact between some intra-psychic archetypes, already in relation to each other, and the experience lived in human relationships. The Complex is, defined by Jung, a set of images, i.e. inner representations, united by a strong central affective tonality. The genetic-archetypal root of the Complex tells us that, like the archetype, it is a pattern of behavior, i.e. a model of sequences of actions. This sequence assimilates the Complex to the same nature of the algorithm, i.e. that of a sequence of actions but the Complex is also represented by related images. The non-programmable algorithm in mathematical language, in order to be represented, also makes use of images. We can see the example of flow charts, in which logical concepts are entered and represented in blocks. The blocks, differed in shape, are images. Last but not least, the element of affinity between the two concepts, Complex and Algorithm, is the strong central affective tone of the first which coincides with the communicative-interactive theme of the algorithm. O ' Neil (2017) who studied at Berkeley, wrote that this theme can be subjective and not objective. Also it can be used, for example, as a multiplier of prejudices of their creators. Even the Complex is made up of prejudices represented by images, which are linked by this strong central affective tonality. The Complex, by its nature, has a physiological function in the development of a healthy personality. For example, a paternal complex allows children to experience the paternal function. Instead, it is its psychopathology that determines its distorted use: it too becomes the Complex, a multiplier of prejudices of those who are its victims. Obviously and analogously, algorithms have a physiological function in the bio-psychological fabric of the human being, which we do not need to dwell on. Therefore, in light of these reflections, having ascertained the possibility of identifying an algorithmic nature in the Complex, precisely in vision of a theorization of brief dynamic psychotherapy, the following formulation: "Brief psychodynamic psychotherapy centered on the Complex. Theory and method of the analytical psychological approach with a communicative orientation" can be assumed at the basis of the latter, where it is analytically and communicatively oriented.

The Complex, by its nature and definition, is a complex system of approach to reality, just as the Algorithm can be; that is, the complex system in which the real variables are inserted with their aptitude for change, editability, and considerable flexibility. The Complex, similarly to the algorithm, can be represented by a Flow Chart and its pathological connotation occurs when the strong central affective tone from love, in the field of physiology, is transformed into aggressive libido or hatred. So even its graphic representation, that of the complex as an algorithm, suffers injuries, it looks like a

flow chart in which bags that need to be put back are evident. We reserve the right to propose insights to these reflections in a subsequent work, as the theme of this paper consists of only a study on the nature and treatment of the Complex in its psychopathological sense.

Introduction

Current life always poses us new problems that influence our daily life in an unexpected way. The dizzying pace of social changes, determined by the progress of technology, qualifies our era as the era of information and real time. This has simultaneously changed the mental state of the entire individual and collective consciousness as well as the universal unconsciousness. For example, conscience is now under the aegis of the single thought identified as the "Interpreter" by the neurocognitive science (Gazzanica 2007) and the unconscious undergoes its parcelizedfragmentation which poses important questions about the conception of the world, contextual to the disintegration of ethical cornerstones (Marrquard 1896; Maffesoli 1990). The presence of ethics, previously shared and valued, preserved both the integrity of the social fabric and the organization of individual life through clear and well-defined rules in the Western world. The American psychoanalyst Robert Langs spoke of "Basic Rules of Life", i.e. rules "that have obtained constant validation for derivatives[1] *by patients in psychotherapy and psychoanalysis" (Langs 1973-74; 1988).Piaget theorized that the child learns ethical rules from his parents and, from play with his peers, the absolute necessity of a system of shared rules that makes interaction with other children possible, overcoming egocentrism and self-referentiality (Piaget 1964). Kohlberg, in line with Piaget, spoke more about moral development which makes the mature moral person capable of assuming an impartial and detached perspective, as well as capable of reasoning in the Kantian sense on abstract and universal principles (Kohlberg 1982). These concepts today appear increasingly blurred.*

However, the weakened importance of the ethical system has also occurred in the psychodynamic field and now goes hand in hand with the abolition of metaphysical research in the philosophical field and of the divine in the religious-theological field. This happens in favor of an anthropologization of metaphysical concepts and with a correlated syntonic vision that is no longer transcendent but immanent of a god fragmented into many gods with 1000 faces (Campbell 1949)each with its own identity, its own cognitive method and its own ethical attitude. This resulted in a fragmentation of the concept of truth into single individual beliefs that characterize different views, homologating them all to "relative goods". However, these are understood as goods only because in possession of their existence on the anthropological level they are a devaluing scotomization of the simple common sense that would distinguish in many cases, though not all, what is good from what is bad. Even the latter today is given a positive value, however, only because it exists. Just look at the proliferation of negative protagonists that is raging in the literature and in the most popular filmography in the younger generations who have replaced the figure of the hero of previous generations.

In this jumble of psychic phenomena and theories, psychodynamic theory runs the risk that the concept of healing abandons, as in surrenders, the field, in place of the more reassuring concept of improvement, understood as the relief of the socially maladaptive and/or individually oppressive symptom and to limited, but significant, changes in character (Book 1998). In our view, faced with

[1] *We will talk about the concept of derivatives later in the article.*

such a psychological framework, the psychodynamic perspective of the mind on one hand needs an update which, in tune with the fast pace of today's frenetic life, aims at solving these maladaptive symptoms in the quickest way. On the other hand, it is essential and characterizing that it maintains the solution to the ethical problem related to these symptoms as its specific trait. The ethical conflict is unveiled by a motivational theory of the psychic universe, that is precisely a psychodynamic theory. For many years, especially in the institutional setting, with our Group we have therefore been experimenting with forms of brief psychodynamic psychotherapy to solve the aforementioned problems and make psychodynamic work more agile, by adapting to the logic of local health services which do not support excessively long and consequently expensive psychotherapy, in terms of effectiveness/efficiency.
The method proposed here, which guides our training school, starts from a profoundly Jungian cultural perspective and makes use of the indispensable contribution of Langs for the communicative aspects, interpretative and setting, in the clinical approach. We will later explain some salient aspects of our method also with a clinical case.

Brief psychodynamic psychotherapy. From Book to brief psychodynamic psychotherapy centered on the concept of Complex by Carl Gustav Jung

It seems important to define that brief psychodynamic psychotherapy also represents a political response to a variety of scientific and economic forces which in recent decades have strenuously and deliberately marginalized psychoanalytic therapies in favor of other forms more adherent to the rooted scientific principles of this new century (Gunderson & Gabbard 1999).
It is beyond the scope of this brief essay to enucleate the methods and strategies with which this marginalization is now accomplished, not only in Italy. For this it suffices to look at the literature that was published quite recently (Vocks et al. 2010; Paris2008; Patterson 2008; Solomon et al. 2008; Deacon & Abramowitz 2005; Fournier et al. 2005; Cummings et al. 2003). However, we would just like to briefly mention that the document produced during the Consensus Conference (2020) sponsored by the Istituto Superiore di Sanità, which took place in Italy in 2022 on psychological therapies for anxiety and depression, formally sanctioned the value of psychotherapy in the Italian National Health System, in line with the English program Improving Access Psychological Therapies IAPT (Clark 2018). This value is not seen only in clinical terms in the strict sense, but also in economic terms, precisely in relation to the efficiency/effectiveness ratio with the correlated savings in public spending. The Consensus Conference identified Brief Psychodynamic Psychotherapy, together with Cognitive and Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Therapy (IPT), as the only exclusive psychotherapies based on the highest levels of efficacy for "Common Mental Disorders" DCM or "Common Emotional Disorders " DEC. In other words, brief psychodynamic psychotherapy enters fully among the EST psychotherapies - Empirically Supported Treatments - unlike psychodynamic therapy which, although validated (Shedler 2010), is now practically considered obsolete.
There are many forms of Brief Psychodynamic Psychotherapy. In the 50s and 60s the Tavistock group, including Balint, Malan, Mann and Goldmann and, later, Davanloo, began systematic studies on fixed-term psychotherapy, reaching the conclusion that it could grant excellent results. In particular, Davanloo, continuing Malan's work, set up a method called IS-TDP - Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

- reaching excellent resultsrisultati (Balint et al. 1972; Malan &Osimo 1992; Mann 1973; Goldman et al. 2006; Davanloo 2001). More recently, Sifneos (1972) and the Brief Interpersonal Dynamic Therapy by Lemma, Target and Fonagy have been added, which in the intentions of the authors was developed "to optimize the practical integration of a psychodynamic approach with a focus on the symptoms of the current participants and users of psychological therapy services, without compromising its theoretical tradition and its unique mechanism of therapeutic action" (Lemma et al. 2011).

We owe to all these studies the improvement of the short-term dynamic psychotherapy techniques which are currently integrated with long-term analytic psychotherapy interventions.

Brief psychodynamic psychotherapy, in our opinion, has found in Book (1998) an attentive scholar who, compared to the other authors cited above, approached our dynamic method which we will describe later on. Book was inspired by another author, James Mann (1973), to define the duration of the treatment in 16 sessions, agreed at the beginning with the patient, and identified Luborsky's CCRT (Luborsky 1984; Luborsky& Christoph 1990)as the method of clinical approach.

The CCRT sees in the symptom the expression of intra-psychic conflicts, originating from the representations structured during childhood and conserved for the entire life. Normally and generally the individual's adaptation changes according to social demands through the flexibility of internal representations: this is a basic assumption of the CCRT theory. According to the author, these representations become rigid and incongruous at a certain point, giving rise to the development of a conflict, even if in reality the American psychologist does not give an explanation of the reasons why this conflict occurs. For Luborsky, the CCRT forms "a central conflictual relational theme", that is, a model of relationships that is ready to be implemented automatically and unconsciously, inadequate to the needs of the moment.

We find it important to point out that the objective and purpose of brief psychodynamic psychotherapy, built on the CCRT proposed by Book, is the satisfaction of the desire without the need for the symptom to appear. The use of the CCRT, according to the author, determines a particularly significant impact in the field of clinical applications, on the one hand satisfying the criteria of an EBM (Evidence Based Medicine), and on the other it gives the possibility, in the field of research in psychotherapy, to "operationalize" the psychic variables brought into play, i.e. "the choices". Book underlined in this regard that the method is not aimed at changing the structural aspect of the relational scheme of the CCRT, but only of the contents created by it, for example the affective tone of the representation. The focus of therapy is on identifying symptom-related CCRT. Listening to and carefully recording discrete relational episodes, i.e. of a categorical nature, allow the therapist to elaborate the recurring relational theme. The CCRT method brings together the common therapeutic factors, transversal to the different clinical orientations and consequently allows to stimulate the specific transformative contents. From this arises, for this method, the possibility to evaluate the progressive modifications of the treatment, as well as the opportunity to identify what works best in the therapeutic relationship. Thus the cost/benefit ratio can be ascertained and a current clinical paradigm based on both the efficacy and efficiency of psychotherapeutic treatments becomes feasible. According to Book, the concept of CCRT is therefore of vaster and more comprehensive dimensions than the cognitivist model, because it is the component of desire that guides the entire associative and/or interactive sequence, the relational pattern of behavior, and in this lies the difference between the schematic-cognitive and supportive-expressive psychodynamic (CCRT) (Book 1998).

Continuing along this line of thought we propose, in a Jungian perspective of communicative orientation (Luborsky 1984; Luborsky& Christoph 1990), a form of brief psychodynamic psychotherapy with a psychological-analytical-communicative orientation; as we consider the Freudian analytic conception of a purely instinctual individual, we believe Luborsky's CCRT can be amplified, whose essential components are the wishes and expectations of the subject, the actual or presumed responses of the object and the reactions of the subject to the object's response. Therefore, with CCRT, we always move from a drive point of view, also the new element is that it is well contained within relational schemes.

Jung theorized the libido not only as drive, but in a broader sense, and the Complex since the year 1915, following the experiments and related discoveries in the field of experimentally-used verbal associations (Jung 1934). Comparing the Complex and CCRT we believe that the latter represents only a subsystem of the Complex.

Let's start with what the Complex is. In 1934, Jung described for the first time the concept of Complex in an article (Jung 1934). In summary, the author wrote that:

1. *the method of analysis of the Complex has a greater cognitive importance than its object in modern psychology;*
2. *the principle of this way of proceeding is - cum granosalis- that of the natural sciences in general;*
3. *almost everything depends on the methodological premise and the result is mainly imposed by this premise. The object of study, in an experimental situation, does not behave as it would, as an autonomous reality, in a natural situation without interference;*
4. *a certain experimental disposition does not immediately grasp the psychic process, but a certain psychic condition insinuates itself between this process and the experiment which we could define as an "experimental situation". This "situation" can in some cases put the whole experiment into question, as it assimilates the experimental organization and even the purpose that underlies the experiment. By the name of "assimilation" Jung means an attitude of the researcher who misunderstands the experiment itself, for "an initially invincible tendency to assume that it is a "test" on intelligence or an attempt to cast an indiscreet look behind the scenes" (Jung 1934).*

Jung recalled his experiments on associations, aimed at establishing the average speed and quality of the reaction to stimulus words, to denounce how the method is invalidated by the automatic behavior of the psyche, i.e by the phenomenon of "assimilation". It is important to underline that in this automatic factor, the Swiss analyst psychologist discovered assimilation, the affective-toned complex that he had previously indicated as a reaction error. In principle, Jung did not question the value of the experiment, but critically circumscribed it. The pure mechanism of reflexes does not give the necessary time for the phenomenon of assimilation to occur, so the experiment is not invalidated by it, while in the field of intricate psychodynamic processes, possibilities of an indefinite number emerge which give rise to a constellation. Jung explains that he referred the term constellation to a "predisposition to wait" from which one will react in a perfectly defined way (Jung 1934). For Jung, the constellated contents are defined Complexes, that is, to quote Book about CCRTs, discrete units, which possess their own specific affective tonality. The Complexes will influence the experiment, determining a disturbing reaction or a specific reaction modality which disregards the meaning of the

word stimulus, associating the stimulus words with a series of disturbing symptoms, an operation due to the effect of their Complex. Jung went on to state that: "the association experiment represents the psychic situation of the interview with approximately exact quantitative and qualitative evaluations". Once the existence of Complexes in a person's unconscious has been found, Jung gave the following definition: "the Complex is a set of internal representations of the individual, unconscious and with a strong affective tone" (Jung 1934). After this definition, the author outlined the following characteristics of the Complex, using his preferred language, that is, asystematic, full of ingenious intuitions, but poor in incisiveness as regards to the force of penetration and impact on the reader:

1. *it is the image of a single psychic situation characterized in a lively emotional sense which is moreover incompatible with the habitual condition or attitude of consciousness; in our view, the Complex in this realm of meaning is no different from Luborsky's CCRT.*
2. *it is characterized by a strong affective tone, another element similar to the CCRT;*
3. *it has a strong internal compactness, its own completeness and a relatively high degree of autonomy; we reiterate it is a discrete unit like Luborsky's CCRT.*
4. *it behaves like an animated " corpus alienum" that can be repressed by consciousness, but not eliminated.*
5. *it also has his own specific memory and its own definite character trait; ultimately Jung argued that it sees no difference in principle between a partial personality and a Complex.*
6. *it is never stable; in dreams it appears personified; in certain psychoses it becomes sonorous like a "voice".*
7. *it has its own specific physiognomy whose causes originate from traumas or emotional shocks that have caused the detachment of a part of the psyche from the domain of consciousness; such traumas are generally produced by " a moral conflict ", determined by the impossibility of giving access, in conscience and in behavior, to the "totality of human nature". Even CCRT is caused by stressors, but Luborsky does not take into consideration, unlike Jung, the moral conflict as a trigger, as for him environmental events can be. Therefore, the power of assimilation of the Complex can result in a modification, a change that Jung defines as "identification" with the Complex. Then we witness a habitual slip of the Complex "up to the violent blasphemous curses of an obsessive compulsion". It is only a difference of degree. The presence of Complexes acting from the unconscious on the conscience demonstrates, of the latter, a more or less accentuated degree of un-freedom (Jung 1934).*

Let's continue our journey by addressing the functioning of the complex. Jung, in his 1934 dissertation on the Complexes, ended up asserting that the royal road to the unconscious is not constituted by dreams or free associations, but precisely by the Complexes. However, the author also underlined that "the fear of the Complex is a bad guide", because it always distracts from the unconscious and sends the individual back to his conscience (Jung 1934). No man can be persuaded that the unconscious instinctual forces of a Complex can mean something good. It then follows that the study of CCRT tends more to search for evil and less to underline the positive aspects. Also in the Jungian field, the work on the Complex can therefore be oriented more towards the deconstruction of its negative aspects, rather than towards its restoration in a positive sense - the choice which potentially generates

good effects from a physiological perspective. Jung also defined the fear of the Complex as a very strong prejudice, preventing itself from being considered as "a normal vital phenomenon" (Jung 1934). This fear results in a strong substantial resistance, indicating itself as something dangerous, and a feeling of resistance which connotes itself as something repugnant (Jung 1934).
Dangerousness and repugnance are also the obstacles, encountered by the patient along the royal road that leads to the unconscious. These obstacles were described both by Freud in drive repression, as well as by Jung with the threat of the unconscious complexes against the conscious order. For Freud, tendencies that are incompatible with conscience due to their immorality, fall under the effect of repression. Jung, on the other hand, attributed its scotomization in the unconscious and its projection onto the outside world to the danger and repugnance of the Complex. For the concept of Complex, he also referred to the writings of important philosophers such as Leibniz, Kant, Schelling, Carus, Von Hartmann[2]. Finally, the author arrived at the bold conclusion that complexes affect the life of us all, including researchers, and that complexes will also be the decision-makers of a psychological conception. In other words, it precisely represents the limit of their psychological point of view which Jung defined as the observer's "personal equation". It can be deduced that the researcher's theory of reference has the same character of Complex. For this reason, "the violent reciprocal reactions between psychologists of different theoretical orientations provoke "strongly emotional" debates also in the field of scientific debate" (Jung 1934). The Swiss psychologist ended up claiming that all theorists of psychology run the same danger, because they touch an untamed element of man - the nouminous which constitutes the central affective nucleus of the Complex and of the Archetype from which it originates. He thus openly declared that where the area of complexes begins, the freedom of the ego ends. In this sense, according to the author, there are three problems raised by his theory of Complexes: the therapeutic one, the philosophical one and the moral one, still open to discussion today (Jung 1934).

Structural levels of the Complex in a dimensional clinical perspective in brief psychodynamic psychotherapy with a communicative Jungian orientation

Among the Complexes, for the purpose of using a clinical case as an example, we will mention particularly the fraternal complex. Adler was among the first Freudian psychoanalysts, later founders of their own autonomous path of thinking, who were interested in the consequences on the psyche of the birth of a brother or sister, underlining its effects on the character's formation. According to Adler, in fact, the eldest son/daughter would retain the traits of competitiveness and independence from the struggle for supremacy over his brother/sister, while the younger brother/sister would always harbor his own inferiority complex which he would try to compensate in the form of the will to power (Adler 1908; 1929-1930).
After a long period of reduced interest in the subject, in recent years, psychoanalysis has witnessed a significant revival of interest in the problem of the fraternal dynamics. In particular, we report the interesting contribution of the French psychoanalyst René Kaes (2008). According to the author, a major reflection on the unconscious psychic dynamics between and with siblings was determinedby the significant transformation of family structures, in connection with the cultural, economic and social

[2] *Jung particularly emphasized von Hartman's work Philosophie des Unbewussten (1869) which is considered particularly important*

changes that have affected the Western world since the end of the 19th century. Nonetheless, the French author pointed out that psychoanalytic contributions on the fraternal complex are rare, hypothesizing that this position somehow guaranteed Freud the supremacy of the Oedipal problematic.

Kaës, on the other hand, believed that the fraternal complex "does not overshadow and does not exclude" Oedipal conflicts, but rather, the two "Complexes" continuously cross each other while each maintaining its own specificity and role in the construction of the personality, the defense, the identification and the internal objects, up to the construction of object ties and group relationships. Mythology itself reminds us of this, leading us to the figures of Antigone and Ismene, Eteocles and Polynices, sons and brothers of Oedipus. The conflicts that developed in the relationship between Eteocles and Polynices (brother-brother), between Antigone and Creon (nephew-father), between Antigone and Ismene (sister-sister), between Creon and Haemone (father-son) and, finally, between Creon and Eurydice (husband-wife), are of a purely moral nature, initially arising from the incestuous dynamics of the Oedipus Complex, subsequently assuming a greater and more complex relevance precisely in the dynamics related to the fraternal complex, in a circuit that is self-perpetuating (Keas 2008). The Oedipus complex, therefore, is the founding nucleus that animates all family relationships that develop in the characters who are also interior representations of the human being in his conscious and unconscious identity, including the fraternal complex.

After this necessary clarification, in a dimensional clinical perspective, our proposal aims to operationally conceptualize a Complex with a strong affective tone, which would result as follows:

1. *A pattern of behavior, inherited from the structural characteristic of the archetype from which it comes and, as such, similar to Luborsky's CCRT concept;*
2. *An imaginal, emotional-relational level, aimed at building the representational aspect of the human universe that the patient has experienced since birth: father, mother, brothers, sisters, in line with the concept of Luborsky's CCRT;*
3. *A basic intrapsychic level assigned to the realization of psychological functions, defined by Jung as Psychological Types, aimed at the realization of one's own human identity;*
4. *An intrapsychic level of a higher order aimed at the realization of spiritual and religious values: it is the boundary between the Complex and the reference Archetype, assigned to the elaboration of the ultimate meaning of one's life the Unus Mundus, conception of the conscious universe and unconscious of a bio-psycho-spiritual nature in a Jungian sense.*

The different reactions of individuals - RS of the CCRT -, in both their normal and psychopathological expressions, have a common denominator. All individuals have reactions, dictated by a shared feeling, e.g. fear. The latter as a defense can consequently generate some defense mechanisms: fight or flight behavior, self and object split, idealized and devalued, but kept separate by the split itself; polyvagal reactions of a neurovegetative nature (Porges 2017), e.g. bradycardia, apnea, feigned death, fainting, to name a few; or again a refuge in imaginary environments that compensate for the state of suffering, such as in the case of manic acts of compulsive shopping, gambling and substance use. On the other hand, a negative reaction of the object - RO of the CCRT - to the expectations of the subject - W of the CCRT - can be expressed in various contexts and/or in the presence or with the participation of other figures: a wife, a mother, a grandfather, brothers/sisters, friends of the patient. Their different

intrapsychic reactions will in any case be characterized by conflicting patterns shared by all, even if not the same for all. We therefore take for granted, in the very Jungian definition of Complex, its dyadicity and/or multifactoriality, determined by the polymorphism of the inner representations involved. Our basic assumption is confirmed and is implicit in Jung's definition of the Complex itself: a set of unconscious psychic representations united by a strong affective tonality of love and hate. The author did not recognize its dimensionality within the complex, which manifests along a vertical spectrum that goes from the infrared of negative images to the ultraviolet of positive images, which open the Complex to the perspective of a higher spirituality. To exemplify, all the inner representations can be stripped of their concrete clothes to ascend to the higher spiritual level of the images, as Christ can be for the male figures and the Madonna for the female ones.

The psychopathological description of the CCRT focuses on desire which, as we know, is the psychic representation of the drive. Conversely, the Jungian Complex includes this psychodynamic motif of desire as a psychic aspect of biological drives, but does not end with it.

The same analysis of the Complex also reveals its ***construens*** *side, and not only a* ***destruens*** *one, and that it is structurally part of normal psychic functioning. In our clinical cases, for example, patients who defined themselves on the conscious level as fiercely atheists not only in dreams, but also in Sand Play Therapy, expressed contents of evident religious significance, in compliance with the compensatory nature of the Jungian unconscious towards the one-sidedness of conscious orientation. The patients, in that case, were tainted by, if not prey to, a religious Complex they were battling against. Therefore, it was not a drive libido at stake, but the libido in Jungian terms understood as elan vital (Jung 1912), therefore of a spiritual nature. In fact, they manifested a strong and evident opposition to religious themes, but, at the same time, a contextual insurmountable difficulty in accessing the unconscious truths of a spiritual nature and the consequent moral conflicts inherent in the Complex. This same type of patients, on a conscious level, relativized all psychic contents, for defensive purposes, in an amorphous, chaotic and all-encompassing melting pot, mere matter, without any possibility of distilling symbolic essences from it. They never went beyond the partial awareness of the relationship between their symptom and the negative figure of reference, but with a notable impediment to a dimensional process of elaboration of their psychic problem.*

In order to overcome the aporias deriving from the fragmentation of conscious and unconscious communications into the single basic units of the CCRT, which involves a possible falsifying use of the same by the Ego and its mainly intellectual defensive strategies, we propose an operationalization of the experimental data, identifying these last in the concept of derivative. We are therefore referring to a process operationalization achieved with a process analysis.

The method of treatment and research of operable data

The operational and research unit is the derivative (Berivi 2012). This term, borrowed from Freud, who speaks in Metapsychology of "offshoots of the original repressed" (Freud 1978) and subsequently developed by Langs (Langs 1973-74; 1988), refers to communications bordering on the preconscious, mainly unconscious, made up of free associations, dreams, slip of the tongue, parapraxis, physiological and pathological language of the body. The structure of the derivative consists of a communication made up of one or more subjects, one or more objects and a verb.

The verb contained in the derivative can express:

1) *The request for fulfillment of a drive desire or its frustration, with correlated defense mechanisms that can be of level:*
   a) High: secondary to removal
   b) Medium: secondary to the split
   c) Low: secondary to dissociation
   d) Corporeal: polyvagal and/or psychosomatic
2) *The request for fulfillment of a relational/emotional desire or its frustration:*
   a) Acceptance and/or rejection by the object.
   b) Acceptance and/or rejection of an attachment need (Ainsworth et al. 1978; Main & Solomon 1990)
3) *The development or frustration of a fusional motion between the archetypal preconception of the object (i.e. the complex) and its real and concrete figure*
4) *The realization of a talent/aptitude of the subject (Kohut 1971)*
5) *Development and/or frustration of a religious movement having as its object transcendental/immanent or transcendent transpersonal figures.*

All of these communications within the patient-therapist two-person field can be operationalized by analogy with Luborsky's CCRT manualization. Since the distinction between derivatives and other forms of conscious and unconscious communication requires a very profound and refined study and technical-professional competence, the work of differentiating between derivatives and brooding communications, made up of beliefs, opinions, conscious experiences, justified behaviors, increasingly requires the engagement of very clinically experienced training analysts in research.

Clinical exemplification of a fraternal complex treated with a brief psychodynamic psychotherapy with a communicative Jungian orientation

In order to illustrate the importance of ethical conflict as the basis of a psychopathological complex, below we are going to illustrate a clinical case that offers food for thought, even theoretical, on the Complex. It concerns a 31-year-old patient, affected by a sibling complex, with a correlated diffuse anxiety syndrome focused on the life of her younger sister, followed in a course of short Jungian-oriented psychodynamic psychotherapy.

Anna is a young woman, an engineer, very successful in her work due to her indisputable above-average intelligence. She has a boyfriend who works in the same IT sector, but with an operational headquarters 600 km away from where she lives. She asked her general practitioner for psychotherapy, because she suffered from increasing anxiety having learned of her sister's initial multiple sclerosis. We faithfully and integrally report the 1st and 21st sessions of brief psychodynamic psychotherapy with a Jungian communicative orientation, lasting six months, for a predefined total of 24 sessions. This exposure aims to demonstrate and document the therapeutic efficacy of this approach, as well as to identify the operable factors for subsequent clinical investigations and statistically significant research.

The therapist is a trainee resident who works under the supervision of a training analyst.

1st Session:

[Patient arrived early, but was only allowed to enter at the agreed time]

T: we had an appointment at 8:00, I'll receive it at 8:00. You can sit here and if you need the bathroom, it's right in front of you.

P: okay

The session begins at 8.

T: how are you?

P: good

T: what brought you here?

P: we had already talked about it with Dr. X, an unexpected event happened. In February my sister was diagnosed with Multiple Sclerosis. A cold shower, my way of seeing things has changed, now I'm pessimistic, even before maybe I was, but now I'm worse. I'm also starting to have physical symptoms on my body, I'm always tired, apathetic, and I feel powerless.

T: what kind of tiredness?

P: as if I were about to pass out [polyvagal defense][3], I don't want to do things, I only do the indispensable things [depressive defense], I get headaches, stomach aches; lately I also have swollen glands and rashes on my skin.

[Negative Derivative: Psychopathological Body Language]

*I feel guilty, I feel awfully guilty that it happened to my sister and not to me. [**Negative derivative: psychopathological language of the mind, guilt]***

T: how old is your sister?

P: 26.

T: do you live together?

P: no, my sister lives with my parents and I live alone.

T: how is your sister now?

P: looking at her, she's fine, she's better now, she's solved the problem she had with her knee, my sister is strong, aggressive, determined.

T: how did your sister notice the illness?

P: in a rather bad way, she had some knee problems which they thought were due to movement; then once an osteopath, at the gym where she went, suggested she get an MRI and the plates came out there. It's shocking, for many years it was thought to be a muscle problem and no one thought about it.

T: How much time has passed from the onset of knee pain to diagnosis?

P: less than 1 year, there has always been an improvement, my sister has been very strong, we have all been very strong, especially towards my mother.

T: why?

P: she called me in tears, there was a strong fear and pain on his part and anguish, and a lot of worry and agitation; for my part, but no, I was trying to be strong and calm to support my mother, I had to hear her crying and her outbursts.

T: what did her mother tell you?

[3] *The square brackets contain the evaluation of the individual conscious and unconscious communications, as required by the model presented, by the supervisors.*

P: she said he didn't understand why it was happening to my sister, she couldn't explain it, she felt the world collapsing on her
[Negative derivative: associative role reversal, asking for support rather than giving it]
T: what fears do you have?
P: that my sister could lose her mobility and independence, even my mother is afraid of this. In the end, though it could have been worse, now she's recovered.
T: does your sister take medicines?
P: she receives intravenous medication once a week, but at home, now we no longer go to the hospital. The time in the hospital was a nightmare, we had to stand in line, be around people for a long time, an infinite bureaucracy. I suffered a lot in that period, I was anxious about waiting and queuing in the hospital, but now it's over, thank God.
*[**Negative derivative: waiting between sessions experienced as too long**]*
T: do you have other brothers and sisters?
P: no.
T: what does your father say?
P: nothing, he doesn't express much, he never lets off steam.
*[**Negative derivative: not expressing emotions from the father]***
T: and towards your sister?
P: normal, he didn't tell her anything, he gives her strength but without excess or anguish, he is the opposite of mum.
*[**Positive derivative: of a transferential nature on the psychotherapist**]*
T: have you had the opportunity to express yourself and confront with someone?
P: yes, with my boyfriend. My sister wanted her illness to be kept private; therefore, only my boyfriend and I know, not even our relatives know, she didn't want to.
T: maybe your sister doesn't want to be seen as weak or fragile?
P: my sister doesn't say anything, she's not weak or fragile, she just doesn't want to be talked about. Not even my best friends know, I couldn't tell them.
T: with whom does your sister have the opportunity to confront?
P: with some of her very close friends and with me.
T: do you feel supported instead?
P: I don't know, I don't know if I should be supported or if I should be expected to be, she is the sick one. I don't even talk that much with my boyfriend about this situation. I don't like talking about it, every time I talk about the pain, the displeasure, I feel bad.
T: but if you don't think about it, your body will think about it.
[The patient has tears in her eyes]
[Positive derivative: physiological body language, crying]
T: if you want to cry, feel free to cry, it doesn't mean that you always have to talk.
T: What's your job?
P: risk manager, I'm an engineer, I work on motorways.
T: how long have you been with your boyfriend?
P: about 4 years. We met when I was working in another foreign state, there I came from a story in which I had recently broken up, I wouldn't have wanted another story but then I met him and so we

got together as a joke. We live remotely, he works in another southern Italian city, we see each other on the weekends when we can. I feel alone, I hope 2023 will be the breakthrough year for us. It wasn't easy to go about so much, I was very independent.
T: What comes to your mind about your profession?
P: once before, yes, I was good, I did everything on time, I graduated within 5 years. Now I'm listless, I don't want to do things, my priorities have changed after my sister's illness, I no longer invest in my work like before; before I was very fussy and precise, now I feel sloppy. Before I wanted to succeed, I was independent. Now I feel less strong than before.
T: what work do your parents do?
P: dad works in a mechanical workshop for mopeds, mom is a hairdresser.
T: is your sister studying?
P: yes, but she hasn't finished university yet, she has been intermittent, she has done a few jobs here and there, now she resumed studying, but now with the illness I don't really know what she wants to do and this thing distresses me.
*[**Negative derivative: psychopathological language of the negative mind, identification with the sister in the disease]***
T: have you been dreaming lately?
P: I often dream but I don't remember them, lately I dreamed of my dog in a garden full of light smiling at me, but I don't remember the others.
[Positive derivative: the dog smiling at her hints that she has already established a relationship with the therapist]
T: bringing dreams to therapy can be useful, if you want when you wake up, you could write them down in a notebook so you won't forget them.
P: I'll try.
T: the session is about to end, the sessions will last 45 minutes and will be on Monday morning at 8:00, like I said
P: OK.
T: okay then we say goodbye.
[At 8.45, on time, the session ended]

21st session:
[Patient arrived on time]
P: Good morning, it's been a long time since we've seen each other. Last time it was my fault, I was terrible. Then, when I was sick I thought, that she was sick too, I wondered if it was the same disease. I had gastroenteritis, or rather that we had the same disease.
*[**Negative derivative: identification with the therapist in illness as with the mother in anxiety**]*
P: apart from the fact that I've been sick, this has been a quiet week, after Easter I'm moving to my new house. We'll start the move from next Tuesday, I should be done already from Wednesday, apart from the inconveniences, the delays, it seems that many things will close this week, the long-awaited moment has arrived with so much enthusiasm, I'm going home with the minimum, it's not finished yet, but it's livable, I'm happy. I wonder if last week's illness, when I was sick, was anxiety.
*[**Positive derivative: she moved from the mental environment of guilt and anxiety to that of***

independence into anxiety-free well-being and her healthy identity*]*
T: in the other session, the issues you mentioned highlighted how the fact of having warned you of my absence late at night generated anxiety and anguish in you which consequently led you to behave in a similar way, warning me at the night after of your subsequent illness.
P: yes, I'm anxious. Now the dog is fine too.
[Positive derivative: allusion to the recovery of trust in the therapeutic relationship]
P: when I warned you I felt guilty while writing. Maybe I didn't understand the your feeling with which you wrote it that evening, but reading your message that time I immediately thought that something bad had happened, that something serious and sudden had happened to you and so I was worried, but that's my approach. Always anxious that surely is to be reviewed.
*[****Negative derivative: presence of anxiety even if induced by the therapist's behavior****]*
P: yesterday too, when I was in Puglia with my boyfriend, a couple of friends called us to tell us to have a coffee at 12 and I immediately panicked because I immediately thought of an unexpected event or something serious; instead, they just wanted to let us know they were getting married and wanted to invite us to the wedding.
[Positive derivative: the therapist's recognition of the inappropriateness of the late night call, as an implicit recognition of countertransference aspects, from which she deduced a deep union with the patient*]*
P: however, compared to the past, I'm much better because at least now I start doubting the notion that things are always negative. I started having this doubt after 10 minutes, before instead I didn't. Since we started the therapy there has surely been a positive change.
T: from what you said that you are moving to a new house, you are symbolically communicating to me that here in therapy there is something new, constellating in your psychic situation. Together we have reached the minimum goal, i.e. the resolution of the absolute domination of anxiety, we have laid the foundations. We can stop therapy.
P: we started our journey in October which coincided with my father's birthday. Ever since we have made progress, especially in the emotional world. I'm very happy. I do want to work on myself and on the world of my emotions. Regardless of the path, we will take it together. Last time we talked about emotions and about living them. If I put myself in front of a wall I will never live these emotions; I propose to live them, to know them. I want to experience this, I liked this interpretation; so I'll take it home.
*[****Positive derivative: adopting the therapist's interpretation, regardless of whether to continue psychotherapy or not****]*
T: what goes on inside you about experiencing emotions?
P: having had bad ones in the past, I'm afraid of getting hurt especially if I don't live them. I instead drag them along. If I had fully experienced my sister's illness I wouldn't have dragged it all this time, it was just procrastination. I moved back to my parents' house about ten days after we started therapy. Who knows if it was a coincidence, alone it would have been a stunner, living with my parents and my sister. You have helped me a lot. Let's hope that no more negative emotions happen, but surely now I feel like I have more tools to deal with them. Right now, every time I come here, I feel like emptying a vase and then I feel better. I'm much lighter. I'm going to Puglia for Easter and it will be the first time not spending Easter with my parents, apart from when I was away for work. I'm really

glad I bought a house away from all these "in-laws" (including parents!). The day before yesterday was M's sister's birthday, at lunch there were his parents and relatives. His mother took me by the arm and said: so I'm your mother-in-law, how nice. I don't want all this closeness, it makes me a bit anxious. I don't like all this interference in the couple's dynamic, as my relationship isn't something I'd like to share. So M's mom said to me, oh well, I'll be your friend. It makes me a little anxious. It annoys me that you call him even on Sundays if you don't see him for two days. I view family a bit as an obligation, in the sense that one is obliged to frequent it; I have to find a balance on this family thing. For now I have escaped.

*[**Positive derivative: agitated flight/avoidance towards an intrusive mother figure**]*

P: Having a home saves me from my mother, who keeps asking me questions. Every time I'm with her, she prods and hassles me insistently with questions when I get back from work. She's intrusive.

*[**Positive derivative: I distanced myself from my mother**]*

T: Do you think I asked you invasive questions?

P: no, indeed you ask very little. In fact if you asked for more it would be better. My mother is like a continuous ticking with these questions, eventually leading you to push people away. The relationship with my parents is very conflicting, I wonder if my way of doing things isn't also linked to their distorted relationship and to what happened in the past. I also reflected on the fact that I often don't talk about M with my parents maybe because it's okay and there's no need to talk about it, except for the one time when we discussed it. I want to focus my energy on my future family and what the new relationship will be like with them. In the end, I now regret leaving my dog and sister there.

[Positive derivative: acceptance of dependence on the therapist and pain of separation from her identification with her sister]

T: When you leave home it is normal to feel sorry for your parents. However it also opens a new path, like you said, which might help you look at the relationship with your parents in a more serene way, in which you are under less pressure being alone.

P: yes it's true, I'm sorry and now I feel the need to do it.

T: we're done for today, see you on the 17th.

P: will you be there on the 24th or would you take a day off before the holiday?

T: I'll be there.

P: how nice, goodbye.

[The session ends on time]

A proposal for an operational analysis of the single case according to the procedural criterionrelated to the symptom

The Complex, as the basic unit of our method and in our way of seeing, offers the discrete analysis of the process, immediate data and operational conscious factors, allowing us to correlate to the symptom's reduction and disappearance, with the modification of the distribution of the derivatives and not of the simplistic occurrences which are almost always the result of falsifying operations of the conscious ego. In this case, it is a study aimed at verifying the efficacy on the symptom, which confirms the outcome of the psychotherapy with the sole resolution of the symptom. This type of statistic is, for operationalized data, exposed precisely to the falsifying operations of the conscious ego. Differently, in the analysis of the Complex, we prefer to adopt a discrete study based on the

analysis of the process (for example in the single case that we will try to analyze), in which the basic unit is the derivative.
Langs defined derivatives as narrative forms that constitute the structure of free associations, dreams, lapsus, missed acts, the pathological language of the body and the physiological language of the body. It is the research unit that represents the observational data. In our view, in fact, it is not the beliefs, nor the opinions, the experiences, the conscious behaviors that constitute the significant datum to be correlated with the symptom, but the derivatives that reveal the unconscious conflict and its solution by expressing it in a symbolic code. In our specific case, we can hypothesize, through the analysis of the derivatives that the patient manages to bring her identification both with her anxious mother and with her sick sister back to the transferential relationship. This happens when the patient experiences her identification with the therapist, who is also ill, precisely in the transference relationship, which, "thanks to her countertransference", gives the patient the opportunity to perceive the realistic nature of her unconscious identification with the ill therapist, but also the realistic identification of the therapist with her patient. The dissolution of this mutual identification is obtained by the patient when she proposed to herself the dissolution of the dynamic between the two opposites. In this way, she becomed aware that with the therapist they are together in a double unconscious sick identification as generally happens also with her mother and sister. At the same time, she also accessed the higher symbolic level of a project of union with the therapist in a new psychic home, where her identity can find space, no longer confused as it was with the sick identity of her mother and sister.
The operationalization of derivatives as positive and negative data of a first form of research proposed by us, only observational, has led to the following results:
1st Session
Negative derivatives: 6
Positive derivatives: 3
21st Session
Negative derivatives: 4
Positive derivatives: 7
The inversion of the values between the first session and the 21st is, in our opinion, completely evident.

Clinical analysis of the case according to Jung's theory of complexes.

The stimulus event at the beginning of this analysis is a stressor, external to the patient, and here we use the term in the meaning adopted for Luborsky's CCRT, which does not take into account the possible presence, at the basis of the patient's symptom, of a conflict unconscious intrapsychic morality, determined by his ambivalence towards his sister, loved and hated at the same time. We speak of a fraternal complex where the unconscious intrapsychic moral conflict is present. The patient demonstrated both high-level defenses, such as anxiety, and low-level defenses against awareness of this conflict, such as polyvagal and psychosomatic defensive reactions: headache, stomach ache, enlarged glands, skin rash, fainting reaction (a classic activation of the polyvagal system). She also attributed psychic strength and aggression to her sister. It is obviously a matter of a force which is the expression of a hypomanic attitude of denial of the event, we would say. In the context of the Complex that has been studded with the stimulus event, the patient nourished strong self-images. The image

of the mother is distressed by a state of alarm, affected by a sense of helplessness and despair: why did it happen to your sister? The patient linked her symptom, anguish, to an experience that was unleashed in its virulence both by the awareness of her sister's illness and by the period in which she accompanied her to the hospital, seen as a cold, anonymous structure. The hospital therefore acted as the symbolic equivalent of a mother who responds to the desire for warmth and affection in a cold and negligent way.

*We also noted the paternal silence which, unlike the wife's anxiety, transmits strength, but without excesses or anguish. According to this point of view, the father represents a figure who on the one hand seems to manage anxiety adequately, but on the other is silent as shown by the patient's story. The defense used was the mechanism of avoiding the "sister's illness" topic, generator of pain, displeasure and malaise in her. When the therapist connected this pain, which the patient can experience only on a bodily level, with her physical symptoms, the patient could finally allow herself to experience her tears, i.e. mourning. We recall that the term mourning comes from the term /ugere*which really means to cry. *Following this experience of pain, she questioned her sense of autonomy and independence related to her professional efficiency, which however were accompanied by a feeling of loneliness caused by the spatial distance from her boyfriend. Before her sister's illness she felt very strong, now less so. She projected onto her sister a latent aggression towards the possibility that the latter would undertake a possible profession, the impulse not to work and study anymore, which for the first time she began to feel recently. However, she had a reaction to her sister's illness, because she dreamed of her dog in a garden full of flowers and light, smiling at her, that is, an unconscious instinct for life and the light of truth. It is the only positive element in a sea of pain and suffering, related to related anxiety. However, it also represents a sign that suggests a positive prognosis regarding the resolution of her anxiety, a symptom for which she presented herself in psychotherapy. In fact, immediately after the dream of the dog smiling at her, she speaked associatively of the desire to concentrate her energy on her future family and on her new relationship with her family of origin. These are the changes she is doing in therapy to live in her new home in a completely independent way, that is, a new house like new is the individual and relational arrangement that she proposed to create. If she finds herself facing a wall from the other, a possible response from the object-therapist, having come into possession of the reading key, she will do it herself.*

Conclusions

The analysis conducted with brief Psychodynamic Psychotherapy with a Jungian communicative orientation on the Complex, while revealing a development that starts from the recognition of this in the patient's communications and its consequent connotation, does not follow a conscious sequential logic defined a priori, as in the case of Luborsky's CCRT, but relies on the symbolic-associative logic of the deep unconscious, as outlined by the communicative perspective of Robert Langs.

From this point of view, the Complex differs greatly from Luborsky's CCRT. The latter is based on three very definite variables: a desire, a response from the object, a reaction of the subject to the response from the object. In the case of the Complex we take into consideration not only a desire of the subject, but also an experience, an attitude or a behavior. This is because desire alone could also be a perverse desire, and therefore it should not be satisfied tout court, but first known and then possibly ethically

accepted or frustrated. Or, always the Complex could be about the realization of a talent or a necessary self-assertion of one's identity. The Complex, in its pathological meaning, would make the patient's self-evaluation reaction depend on the relational response of the object. Since, on the other hand, the latter now has the key to understanding it, it will be able to do it alone, that is, it will no longer be negatively influenced by the reactions assumed or implemented by the other, finding in the realization of its talent also the fulfillment of its authentic identity.

The fraternal complex has rediscovered its healthy functionality in the process of acquisition by the patient of the ability to experience and to possess the reading key of her positive and negative feelings, no longer polarized as opposites, but dissolved by a synthesis that has driven the patient at a higher dimensional level of her personality. Furthermore, in the last part of the psychotherapy, the patient is no longer torn apart by the conflict between love and hate towards her sister, and has rediscovered her female identity in "her new renovated house" which she will occupy outside the family context "sick of the conflict between opposites".

We conclude with Jung's words: "However, one could claim that the therapeutic method should be such as to make it possible for new orientations to occur even in subsequent moments of existence without giving rise to difficulties" (Jung 1957/58)

Bibliografia

Adler A, (1908) Der aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, Fortschritte der Medizin,26: 577-584, Fischer, Frankfurt/M.; (trad. It: La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, Riv. Psicol. Individuale., 46: 5-14, 1999).

- (1929-1930). Individual Psycologie in der Schule, The education of children, Die Seeledes Schwererziehbaren Schulkindes (trad.it: La psicologia Individuale nella scuola, Psicologia dell'educazione, psicologia del bambino difficile, Newton Compton, Roma, 1993)

Ainsworth M, D, S, Blehar M,C, Waters E, Walls S, (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situauion, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hilldale (trad. it: Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Raffaello Cortina, Milano, 2006)

Balint L, Ornstein P, H, Balint E, (1972) Focal Psychotherapy (trad. it: Psicoterapia Focale, Astrolabio, Roma, 1974.Bellak L. Small L. (1965), Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1983).

Berivi S, (2012) La Psicoterapia Comunicativa di Robert Langs, in Grassi A., Psicologia Analitica a orientamento comunicativo, Paolo Emilio Persiani Editore, Bologna

Book E, H, (1998) - How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Confl (2nd Edition) [Hardcover] pag 25-27

Campbell J, (1949) The Hero with a thousand faces pantheon books. Joseph Campbell Foundation, Lindau 2019 (trad.it: L'eroe dai mille volti)

Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Documento finale. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Consensus ISS 1/2022

Clark D, M, (2018) Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Rewiew of clinical Psychological*, 14, in stampa (una versione abbreviata: il programma Inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). Psicoterapie e Scienze Umane, 2017,51,4 :529-550. DOI: 10.3280/PU2017-004002).

Cummings N, A, O' Donahue W, T, & Ferguson K, E, (2003) Behavioral Health in Primary Care: Beyond Efficacy to Effectiveness. Cummings Foundation for Behavioral Health: Health Utilization and Cost Series, Vol. 6. Reno, NV: Context Press

Davanloo H, (2001) Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: extended major direct access to unconscious. European Psychotherapy 2001; 2:25-70

Deacon B, J, & Abramowitz J, S, (2005) Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36, 2: 139-145. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80062-0

Fournier J, C, De Rubies R, J, Amsterdam J, Shelton R, C, &Hollon S, D, (2005) Gains in employment status following antidepressant medication or cognitive therapy for depression. British Journal of Psychiatry, 206, 4: 332-338. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.133694

Freud S, (1978) Metapsicologia. Bollati Boringhieri

Gazzaniga M, S,(2007) Come il cervello decodifica il mondo. Di Renzo editore. Collana i Dialoghi, 2011

Goldman R, N, Greenberg L, S, Angus L, (2006)The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. Psychother Res. 2006, 16:537-549

Grassi A, (1999) Psicologia clinica e dinamica. Dalla Psicoanalisi alla neuropsicologia analitica.

- (2012) *Psicologia Analitica ad Orientamento Comunicativo. Discorso su teoria e metodo clinico*. Edizioni Persiani

Gunderson J, G, Gabbard G, O, (1999) Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. Journal of American Psychoanalitic Association (47(3):679-704; discussion 704-40)

Jung C, G, (1912) Simboli della trasformazione. In: Opere, vol. V. Torino: Boringhieri, 1979

- (1934) Die Dynamik des Unbewussten.Opere-Vol-8. (Trad. It: La dinamica dell'inconscio. Bollati Boringhieri)

- (1957/58). La funzione trascendente. Opere, vol.8. Boringhieri Editore.

Kaes R, (2008) Il complesso fraterno, Ed. Borla, Roma, 2009

Kohlberg L, (1982) Moral Development, in Broughton J.M. & Freeman D.J.-Moir(eds). The cognitive developmental psychology of James Marx Baldwin: current theory and research in genetic epistemology. Ablex publishing corp.

Kohut H, (1971) Narcisismo e analisi del sé. Bollati Boringhieri, 1976

Langs R, (1973,1974) The technique of Psychoanalytic Psychotherapy. Aronson j.h. Boringhieri 1979

- (1988) A primer of Psychotherapy. Garden Press Inc, NY. Bollati Boringhieri 1990

Lemma A, Target M, &Fonagy P, (2011) Brief Dynamic Interpersonal Therapy: A Clinician's Guide. Oxford, UK: Oxford University Press (trad.it.: Terapia dinamica Interpersonale breve: una guida clinica. Milano: Raffaello Cortina, 2012)

Luborsky L, (1984) Principles of Psychoanalyric Psychitherapy. Basic Books, New York (trad. it.: Principi di Psicoterapia Psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo. Bollati Boringhieri, 1989

Luborsky L, Christoph P, C, (1990) Understanding Transference (Trad. it.: Capire il Transfert. Raffaello Cortina Ed. 1992

Maffesoli M, Scarpellini E, (1990) L'ombra di Dioniso. Garzanti editore

Main M, Solomon J, (1990) Procedur for idenitfyng infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation, in Attachment in the preschool years, a cura di M.T. Greenberg. D. Cicchetti e E.M. Cummings. Universiry of Chicago Press, Chicago

Malan D, Osimo F, (1992) Psychodinamics, Training and outcome in brief psychotherapy. Butterworth Heinemann

Mann, J, (1973) Time Limited Psychotherapy. Cambridge: Harvard University Press.

Marquard O, (1986) Apologie desZufalligen. (Reclams Universal Bibliothek) Perfect Paperback

Paris J, (2008) Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 3:517-526. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.013

Patterson T, L, (2008) Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100:108-199. DOI:10.1016/j.schres.2007.12.468

Piaget J, (1964) Six etudes de Psychologie 1964 Gonthier, Paris 1967 e 2000 Einaudi ed. Torino

Porges S, W, (2017) The pocket guide to the polyvagal theory. The transformative power of feeling safe (trad. it: La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza. Giovanni Fioriti editore, 2018).

Sifneos E, P, (1972) Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Ed. Harvard Univ. Press.

Solomon D, A, Keitner G,I, Ryan C,E, Kelley J, & Miller I, W, (2008) Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychoterapy plus pharmacotherapy versus pharmachoterapy alone. *Bipolar Disorders,* 10: 798-805. DOI: 10.1016/j.jad.2006.05.036

Shedler J. (2010) The efficacy of Psychodynamic therapy. American Psychologist, 65,2.98-109. DOI: 10.1037/a0018378 (trad.it.: L'efficacia della terapia psicodinamica. Psicoterapia e scienze umane, 2010, XLIV,1: 9-34. DOI: 10.3280/PU2010-001002

Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach S,J, Kersting A, & Hertpertz , (2010) Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 3: 205-217. DOI: 10.1002/eat.20696