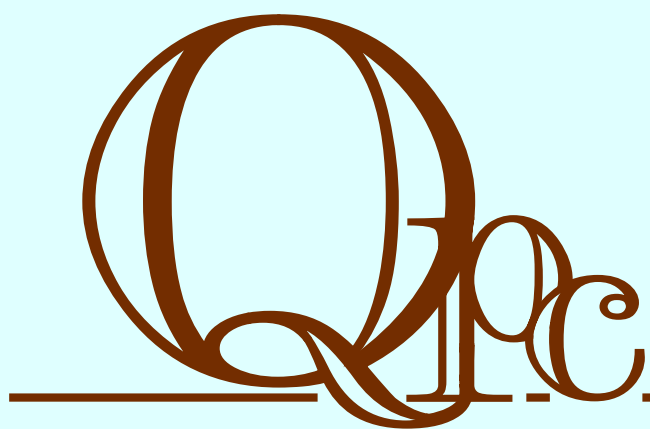




quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

LA CREATIVITÀ

SECONDA PARTE

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
8/2019
GIUGNO 2019

RIVISTA A CURA DELLA
SCUOLA DI PSICOTERAPIA COMPARATA
SEDE DI FIRENZE

RIVISTA SEMESTRALE DIRETTA DA:
PIETRO CATERINI, DIRETTORE SCIENTIFICO
ANNALISA CAMPAL, DIRETTORE RESPONSABILE

RESPONSABILI DI REDAZIONE:
SIMONA PECCHIOI, ANDREA INNOCENTI, MANUELE MATERA

COMITATO DI REDAZIONE:
ELENA ARENA, FRANCESCO BENINI, FRANCESCA BERTONICI, CLAUDIA BONACCINI, ANTONELLO
CALDERARO, LAURA CIMONE, ALESSIA CORRADINI, ALESSANDRA DELLE FAVE, MARTINA
FIORAVANTI, GIOVANNA GLADI, ANDREA MUGNAI, LAURA PALMIERI, SILVIA SELLITTO, RICCARDO
SIMONE, LORENZO SISTI, FRANCESCA VIENNI

COMITATO SCIENTIFICO:
PIETRO CATERINI, MARIO AJAZZI MANCINI, ANNALISA CAMPAL, GIOVANNI CIOLI, GIOVANNA
D'ONGHIA, ANDREA INNOCENTI, FEDERIGO BRUNO INNOCENTI, MANUELE MATERA, NICOLA
MATERASSI, SIMONA PECCHIOI, DINO PERRONI, LUCA TEODORI

DIREZIONE E REDAZIONE:
VIALE ANTONIO GRAMSCI 22, FIRENZE
E-MAIL: REDAZIONE@PSICOTERAPIACOMPARATA.IT
WEB: WWW.PSICOTERAPIACOMPARATA.IT

PROPRIETÀ:
SOCIETÀ DI PSICOTERAPIA COMPARATA S.R.L.

ISSN: 2281-650X

REGISTRATA COL NUMERO 5828 IN DATA 24/03/2011 PRESSO IL TRIBUNALE DI FIRENZE

INDICE

Annalisa Campai
Editoriale

pag. 7

FOCUS AREA: LA CREATIVITÀ

Alessia Corradini

Gruppi Gestalt e creatività: l'espressione delle emozioni attraverso la produzione vocale di suoni, l'utilizzo di strumenti e del corpo

pag. 9

Alessandra Delle Fave

L'intuizione e la creatività dello psicoterapeuta: possibili fattori comuni delle psicoterapie

pag. 43

Francesco Benini e Antonello Calderaro

La creatività generativa: ri-scrivere le narrazioni personali in psicoterapia

pag. 73

Claudia Bonaccini e Riccardo Simone

La creatività in gioco

pag. 81

Giovanna Gladi e Francesca Vienni

La funzione espressiva della narrazione come atto creativo in psicoterapia

pag. 95

Laura Cimone

Frammenti di inconscio in Giacomo Leopardi e Italo Svevo

pag. 113

Laura Palmieri

Creatività e neuroscienze

pag. 121

ATTUALITÀ

Laura Palmieri

La coscienza è soltanto una qualità della mente? L'emergere della coscienza nella prospettiva neuroscientifica

pag. 129

Andrea Mugnai

Il trauma nelle generazioni. Ontogenesi e filogenesi degli effetti di un trauma

pag. 135

Silvia Sellitto

Non sono Winnicott. Essere se stessi in psicoterapia: un approccio comparato

pag. 143

STUDI E RICERCHE

Martina Fioravanti e Lorenzo Sisti

Il desiderio nella relazione di coppia: una comparazione tra il modello sistemico-relazionale e psicoanalitico

pag. 155

Francesca Bertoncini

Anoressia e bulimia tra cognizione, amore e relazione

pag. 167

Elena Arena

Il tonico della sensibilità. Teoria dell'attaccamento e relazione terapeutica

pag. 175

EDITORIALE

Anche questo numero di Quaderni di Psicoterapia Comparata ha come punto focale la creatività.

La necessità di un secondo numero dedicato a questo tema nasce dai numerosi contributi emersi in seguito al convegno organizzato dalla Scuola di Psicoterapia Comparata a Firenze a inizio estate 2017, che aveva come titolo *“Pensieri creativi in psicoterapia: simbolismo, metafore, neuroscienze”*.

La creatività, come emerge anche dal numero precedente della nostra rivista, non è una caratteristica unica ma il risultato della complementarità tra più elementi che definiscono un individuo: deduzione e intuizione, ragione e immaginazione, emozione e riflessione; inizialmente considerata dote innata di pochi eletti, si è in seguito scoperto essere una possibile acquisizione presente in tutti gli esseri umani, anche se in misura differente gli uni dagli altri (Biasion, 2017).

Da quando a partire dagli anni '70 si è iniziato a parlare di creatività come costruito diverso dall'intelligenza, furono sviluppati test di misurazione più precisi che hanno evidenziato come l'atto creativo non sia da considerarsi come un evento singolo, ma un processo di interazione tra elementi cognitivi ed affettivi; è composto da due fasi, una generativa, in cui la mente creativa immagina una serie di nuovi modelli mentali come potenziali soluzioni ad un problema, e una esplorativa o valutativa in cui vengono valutate le diverse opzioni, tra cui viene selezionata poi la migliore (Finke et al., 1996).

Nello studio di uno psicoterapeuta avviene costantemente un processo creativo. Troviamo un professionista che segue tendenzialmente un filone di pensiero ed esprime la propria personalità; ogni terapeuta ha una sua fonte creativa da cui attinge per trasformare il proprio lavoro clinico in un processo creativo e trasformativo, uscendo dai propri schemi mentali. Proprio come la persona che si rivolge a lui. Ed è in questo incontro che può avvenire l'atto terapeutico.

Struttura della rivista

Per la pubblicazione della nostra rivista abbiamo optato per il mezzo on-line in quanto duttile, versatile e soprattutto orizzontale che consenta a chi partecipa al progetto di esprimersi pienamente. La rivista ha uscita semestrale, con un focus principale e una serie di rubriche.

La sezione “FOCUS” prevede un'area tematica, è composta da alcuni articoli di autori diversi e ha l'obiettivo di mantenere vivo il confronto e l'aggiornamento con personalità italiane e straniere, tra neofiti e colleghi di esperienza.

La rubrica “ATTUALITÀ” è dedicata ai temi che sono alla maggiore attenzione degli psicologi e dell'opinione pubblica.

La rubrica “CONTROTEMPO” consente la rilettura di articoli pubblicati in passato alla luce degli sviluppi recenti.

La rubrica “RECENSIONI” è dedicata a pubblicazioni, film, eventi di rilievo.

La rubrica “RIFLESSIONI” affronta approfondimenti su tematiche di interesse teorico o clinico.

Infine, la rubrica “STUDI E RICERCHE” è dedicata a ricerche pubblicate o “in progress” relative alla metodologia dell’integrazione e della comparazione.

Sono benvenuti tutti coloro vorranno partecipare, anche se non direttamente coinvolti con la Scuola di Psicoterapia Comparata.

All’interno di questo numero dei *Quaderni di Psicoterapia Comparata*:

FOCUS: Alla relazione tra creatività, formazione e psicoterapia sono dedicate le tesi di due ex-allieve: *Gruppi gestalt e creatività: l’espressione delle emozioni attraverso la produzione vocale di suoni, l’utilizzo di strumenti e del corpo* di Alessia Corradini e *L’intuizione e la creatività dello psicoterapeuta: possibili fattori comuni nelle psicoterapie?* di Alessandra Delle Fave. Ancora intorno alla presenza e all’uso della creatività in terapia, sia quella di cui i pazienti sono capaci, sia quella propria al terapeuta in quanto tale, che informa il setting e lo definisce come ambiente che favorisce lo sviluppo del pensiero, gli articoli di altri ex allievi: Francesco Benini e Antonello Calderaro sono gli autori di *La creatività generativa: riscrivere le narrazioni personali in psicoterapia*, Claudia Bonaccini e Riccardo Simone di *La creatività in gioco*. Ancora intorno alla funzione creativa e quindi trasformativa della narrazione in terapia, *La funzione espressiva della narrazione come atto creativo in psicoterapia* di Giovanna Gladi e Francesca Vienni. Il tema della creatività, delle sue molteplici manifestazioni e aree di interesse è stato inoltre territorio di esplorazione per il gruppo di ex tirocinanti: Laura Cimone si è interessata alla correlazione tra inconscio e letteratura, in *Frammenti di inconscio in Giacomo Leopardi e Italo Svevo*; Laura Palmieri si è dedicata invece all’approfondimento del legame tra *Creatività e neuroscienze*.

ATTUALITÀ: i temi affrontati in questa sezione vanno dai contributi delle neuroscienze alla comprensione delle attività mentali, in *La coscienza è soltanto una qualità della mente? L’emergere della coscienza nella prospettiva neuroscientifica* di Laura Palmieri, passando dall’elaborato di Andrea Mugnai che propone un approfondimento sulla trasmissione trans-generazionale del trauma, in *Il trauma nelle generazioni: ontogenesi e filogenesi degli effetti di un trauma*. Infine, in *Non sono Winnicott. Essere se stessi in psicoterapia: un approccio comparato*, Silvia Sellitto tratta il tema della qualità della presenza del terapeuta nel setting.

STUDI E RICERCHE: gli ex tirocinanti Martina Fioravanti e Lorenzo Sisti hanno approfondito la tematica de *Il desiderio nella relazione di coppia: una comparazione tra il modello sistemico-relazionale e la psicoanalisi*. Francesca Bertoncini dedica il suo articolo alla costante emergenza dei disturbi alimentari, *Anoressia e bulimia tra cognizione, amore e relazione*. Elena Arena, infine, propone una riflessione sul contributo alla psicoterapia dato dagli studi sull’attaccamento in *Il tonico della sensibilità. Teoria dell’attaccamento e relazione terapeutica*.

di Annalisa Campai, Direttore Quaderni di Psicoterapia Comparata

GRUPPI GESTALT E CREATIVITÀ: L'ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI ATTRAVERSO LA PRODUZIONE VOCALE DI SUONI, L'UTILIZZO DI STRUMENTI E DEL CORPO.

di Alessia Corradini

Psicologa Psicoterapeuta

Il canto ha sempre esercitato un potere nella mente dell'uomo, tanto che gli antichi attribuivano ad esso doti magiche.

Dimostrazioni dell'utilizzo del canto "magico" le possiamo ritrovare fra gli Egizi (che lo utilizzavano per il trattamento della sterilità, dei dolori reumatici e delle punture di insetti) e nella Grecia classica (per lenire il dolore di sciatica e gotta), ma possiamo affermare che in tutte le culture dell'antichità musica e medicina erano strettamente collegate.

Il "sacerdote medico" sapeva che il mondo era organizzato secondo principi musicali e che il ritmo e l'armonia dominavano la vita del cosmo. Spesso nell'antica cosmologia l'origine del mondo veniva fatta risalire ad un unico suono, che, in continua trasformazione, dava origine all'energia dell'universo. Basti pensare al suono che la terra produce muovendosi intorno al sole alla velocità di 107.823 Km/h. La musica, così come la intendevano musicisti, sciamani, sacerdoti, profeti e filosofi, rappresentava un aspetto dell'ordine dell'universo, una legalità del cosmo.

Gli antichi accordavano alla musica la capacità di esercitare un potere "incantatorio" sulla parte irrazionale dell'uomo, e il dono di procurare benessere e ricostituire l'armonia perduta nei casi di malattia. Le danze in cerchio, le improvvisazioni musicali e il canto sono alcuni tra gli strumenti usati dal genere umano, in diverse culture ed etnie, riconosciuti come le forme più antiche e più efficienti per propiziare un dialogo interiore e per creare l'armonia in un gruppo di persone. Nel canto è facile riconoscere ad ogni istante se siamo in sintonia con gli altri o

se ce ne distacciamo, stonando, andando fuori ritmo, cantando troppo forte o troppo piano.

Secondo la filosofia orientale, il canto ci consente di aprire i nostri *chakras*, specialmente quello della gola e dell'espressione creativa, che è sede delle emozioni intrappolate.

In molte delle pratiche spirituali viene utilizzata la ripetizione di frasi musicali facili da memorizzare, come i *mantram*, poiché grazie alle ripetizioni, pensieri e idee che attraversano la nostra mente si accumulano per dirigere la nostra attenzione nel suono, nelle parole, nel grido.

I monaci tibetani riproducono dei suoni quasi primordiali, come iniziazione ad una purificazione profonda. Il canto armonico è una antichissima tecnica che ha origine nello sciamanesimo asiatico, utilizzato anche nei rituali del tantrismo tibetano. Gli sciamani utilizzano il canto per creare stati di attenzione e di coscienza espansa, per portare la propria tribù o un paziente a pellegrinare per mondi paralleli, dove, grazie alla forza di un *mantram*, si risvegliano alcune dimensioni della memoria e alcuni archetipi. La tecnica utilizzata consiste nella gestione particolare della respirazione e dell'energia vitale che porta a esprimere "overtones" (infrasuoni, suoni doppi e multipli, come una seconda voce).

Gli armonici sono la materia stessa del suono. Se noi riusciamo a riconoscere, a parità di nota, un flauto da un violino, lo dobbiamo agli armonici: a seconda di come si mescolano tra di loro, quali emergono e quali rimangono in secondo piano. È per questo motivo che non esistono due voci umane uguali tra loro, come se gli armonici di ciascuno di noi fossero mescolati in maniera

diversa e in questo modo raccontassero la nostra storia.

Per gli antichi la salute è uno stato armonico che può essere recuperato con l'aiuto della musica e del canto, anche nel caso di gravi malattie neurodegenerative.

L'attivazione di frequenze acute permette inoltre una "ricarica" della corteccia cerebrale (che si nutre per il 95% di stimoli sonori), prevenendo così stress, ansia, fatica. È possibile, inoltre, "proiettare" i suoni armonici in svariate parti del cervello (i tibetani, per esempio, proiettano alcuni armonici nella ghiandola pineale).

Inoltre, nella terapia vocale, quando la voce esprime liberamente un'emozione bloccata, si producono armonici naturalmente.

La musica stimola l'interiorizzazione poiché raggiunge il sentimento che sta alla base di quella che viene definita l'anima razionale o affettiva (*Gemut*). L'associazione della ragione con il *Gemut* è evocata dall'espressione anima razionale o affettiva scelta da Rudolf Steiner per l'elemento più "musicale" dell'anima umana. Ai suoi movimenti interiori l'anima razionale o affettiva aggiunge la riflessione che può essere stimolata dalla musica, e allo stesso tempo rappresenta lo spazio psichico in cui risuona la musica e da cui spiega la sua azione terapeutica. Questa anima riceve dalla musica chiarezza e distensione, o consolidamento, se l'anima è "scordata" o "stonata". In caso di depressione, ad esempio, la musica in tono minore può aiutare ad esteriorizzare la tristezza ed il passaggio al tono maggiore e contribuirà poi a rischiarare la situazione. Risolvendo la dissonanza in consonanza, si produce un effetto curativo.

Aspetti di rilevanza medico-fisiologica

La musica agisce direttamente sulla respirazione polmonare, basta osservare come la propria respirazione segue il ritmo della musica che ascoltiamo. Questo è solo l'inizio di un processo più profondo che si propaga dalla respirazione al resto dell'organismo, poiché la respirazione polmonare si ripercuote sotto forma di ritmo sul liquido cerebro-spinale. Nell'inspirazione, questo liquido effettua un movimento ascensionale e il cervello vi si trova immerso. Il movimento contrario accompagna l'espirazione. Questa "respirazione", l'alternarsi tra il salire e lo

scendere, viene modificata, fin nelle sue più intime oscillazioni, dalle impressioni musicali.

I suoni, infatti, provocano nello stesso tempo reazioni emotive e risposte fisiologiche, per cui nella terapia mente e corpo vengono considerati nella loro unità.

È interessante constatare che le coppie successive dei nervi rachidiani, che si espandono nell'organismo ai due lati della colonna vertebrale, evocano l'immagine di una doppia lira, considerata uno strumento con particolare virtù terapeutica, poiché la sua sonorità si rivolge all'interiorità ed è la più vicina alla respirazione del liquido cefalo-rachidiano. Quando questi nervi sono sfiorati dal liquido cefalo-rachidiano che sale e scende, questo li fa "vibrare" come le corde di una lira. Ne abbiamo in parte coscienza quando sentiamo che la musica è come se scorresse in tutto il nostro corpo. La musica, quindi, fornisce un'azione strutturante che, attraverso i nervi rachidiani, si estende dal midollo spinale a tutto il corpo.

Ricerche in musicoterapia

I primi studi, risalenti alla metà del secolo scorso, vennero svolti dagli esponenti della psicologia della musica, che approfondirono tutte le forme possibili di comportamento musicale attraverso metodi scientifici sviluppati dalla psicologia sperimentale. Il loro interesse era volto verso le aree cerebrali e le capacità cognitive coinvolte nell'ascolto e la produzione musicale.

Le ricerche scientifiche esaminarono le modificazioni fisiologiche indotte dalla musica, attraverso la misurazione dei suoi effetti riguardo alla respirazione, al ritmo cardiaco, alla circolazione e alla pressione sanguigna. Grazie a tali studi, possiamo affermare che la musica agisce sul sistema nervoso e su tutto ciò che è governato da questo, poiché agisce sul sistema neurovegetativo e facilita la liberazione delle emozioni e delle risorse creative di ciascuno. Altre ricerche hanno ulteriormente affrontato anche i fenomeni di trance indotti dalla musica popolare come ad es. i *Mantram* o la *Pizzica Tarantata*.

Negli anni Sessanta, in Italia, fu introdotta la musicoterapia che utilizza la musica come mezzo non verbale di comunicazione ed espressione.

Gli studi sulle virtù terapeutiche della musica hanno investito vari ambiti, come ad es. quello medico fisiologico, quello neurologico, quello psichiatrico, quello oncologico delle cure palliative e quello relazionale e del reinserimento sociale. Negli ultimi anni è stato dimostrato che la musica agisce sul sistema nervoso con effetti sulla tensione muscolare, sulla frequenza respiratoria e cardiaca, sulla produzione ormonale, ecc., e come tutto ciò influenza il circuito emozionale (Sloboda, 2001; 2005).

La cantoterapia è stata utilizzata nella riabilitazione dei pazienti affetti dal morbo di Parkinson, poiché permette di controllare i muscoli per l'emissione della voce, la pronuncia, il ritmo, l'intonazione e la velocità dell'eloquio e di entrare in contatto con il proprio corpo. Per esempio, la nota più grave consente di percepire le vibrazioni nel petto e nel ventre, mentre la nota più acuta quelle nel palato e nella fronte. Il paziente affetto da malattia di Parkinson riscopre così, grazie al canto, parti sconosciute del suo corpo.

Lo sviluppo delle ricerche effettuate sul tema ci ha mostrato come l'elemento sonoro-musicale sia uno strumento efficace per la riduzione dell'ansia (Buffum et al., 2006; Mandel et al., 2007), della depressione (Mandel et al., 2007), dello stress (Bernardi et al., 2006), del dolore (Hatem et al., 2006; Mandel et al., 2007) e per un miglioramento della qualità della vita (Mandel et al., 2007) e del sonno (Arnon et al., 2006).

Tramite l'utilizzo della Tomografia ad Emissione di Positroni (PET), che permette di misurare e registrare l'attività di un cervello umano in risposta ad uno stimolo tramite l'aumento del flusso sanguigno nella specifica zona del cervello coinvolta, è stato osservato che, a partire dalle aree temporali di ricezione delle vibrazioni sonore, un essenziale punto di snodo della informazione generata da differenti tipologie di vibrazioni raggiunge le zone talamiche, responsabili della attivazione di stati emotivi; un diverso smistamento di informazione avviene per procedimenti di integrazione che raggiungono l'area di Wernike, deputata alla interpretazione cognitiva dei suoni. Possiamo quindi affermare, in base agli studi effettuati, che la musica produce effetti a livello fisico, cognitivo, emotivo, relazionale e sociale.

La mia intenzione non è però quella di dilungarmi sulla moltitudine di ricerche svolte,

anche perché potrei svolgere una tesi solo sugli studi del "Mozart effect" che mostrano come la musica possa aumentare le prestazioni di alcuni compiti cognitivi (es. visivo-spaziali) (Schön 2007). Ne consegue che, dopo aver scorso l'oggetto della ricerca in musicoterapia, passeremo ad approfondire ciò che accade a livello psicoterapeutico all'interno della musicoterapia.

Anche la musicoterapia si riferisce ad una prassi codificata e applicabile ad ogni trattamento secondo il concetto dell'Evidence Based Practice (Vink et al., 2003). Questa pratica comprende i criteri di invio (se in ambito terapeutico, riabilitativo o preventivo), l'assessment musicoterapico (per l'inclusione o meno dal trattamento a seconda della capacità di stare nel setting, la sensibilità sonora, la disponibilità e la capacità di modulare la propria emotività e la produzione sonoro-musicale), la definizione degli obiettivi, il contratto terapeutico (per definire modalità, motivazioni e finalità), il trattamento, la valutazione (costituita da protocolli e griglie di osservazione che riguardano il setting, le dinamiche relazionali, il rapporto tra forma musicale e aspetti emotivi, ecc.) e la conclusione (stabilizzazione dei cambiamenti sul piano comunicativo-relazionale, comportamentale e della riduzione della sintomatologia) (Raglio, 2008).

Basi e presupposti teorici

Il legame tra voce ed emozioni fu identificato e valorizzato scientificamente per la prima volta nel 1872 da Darwin.

Il canto coinvolge e contribuisce a risvegliare la volontà nei soggetti apatici o a moderare l'eccessiva irruenza in chi si mostra aggressivo con gli altri, favorendo l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé e una migliore comunicazione con gli altri. Molti autori sostengono che il suono si pone alla base del riconoscimento del Sé e dell'Altro (Oasi et al., 1998), mentre studi svolti in etnopsichiatria (Beneduce, 2002) e antropologia culturale (De Martino, 2000) hanno sottolineato il ruolo aggregativo e il carattere regressivo degli stati mentali durante i riti.

In un gruppo, quando una persona inizia un canto, piano piano gli altri partecipanti iniziano a

prenderne parte, finché il canto stesso acquisisce un corso proprio e incontrollabile, riflesso di un istante magico creato al suo interno.

Cantare rafforza il senso di appartenenza a un gruppo, unifica in uno spirito comune, facendoci recuperare la capacità di giocare, di sentirci bambini, provocando la vicinanza fisica e il calore emotivo tra i partecipanti. Nel gruppo si crea una identità collettiva, rassicurante, che ci fa sentire capaci di liberare qualcosa che abbiamo dentro.

Il punto centrale della terapia con la musica sembra essere il nesso suono-relazione e, dal punto di vista terapeutico, la sua natura non verbale. L'espressione delle emozioni si realizza infatti attraverso modalità non verbali, come i suoni, il tono della voce, la mimica, l'atteggiamento, la distanza e la gestualità.

Il suono, come mezzo di comunicazione non verbale in grado di stimolare attenzione e movimento, sollecita la memoria autobiografica ed emozionale, attivando le dimensioni dei cinque poli-modello del pentagramma gestaltico di Ginger: la dimensione corporea (polo fisico e materiale), quella affettiva e relazionale, quella razionale della consapevolezza, quella spirituale e quella sociale.

In ottica musico-terapeutica, la comunicazione sonora e quella non verbale diventano le vie comunicative tra paziente e terapeuta, in analogia a ciò che avviene tra madre e figlio. Alla voce materna è affidato il compito principale di erigere un ponte transazionale tra vita pre- e post-natale. La musicoterapia permette di utilizzare gli elementi della relazione sonora madre-bimbo per ristrutturare alcuni risvolti inesistenti o strutturati in maniera abnorme di tale comunicazione.

Benenzon (1997) afferma che in musicoterapia il paziente ricostruisce l'illusione vissuta nei primi sei mesi di vita, poiché, perdendosi nel suono e nell'uso dello strumento, ritorna al principio del piacere e, attraverso l'interazione sonora con gli altri ed il terapeuta, si ristruttura il comportamento infantile messo in atto, ritornando al principio di realtà.

L'uso dello strumento, come oggetto incorporato o talvolta difensivo, sembra essere un ritorno all'oggetto transizionale che permette al paziente di ricreare una zona intermedia. L'oggetto transizionale è quell'oggetto-

strumento che permette di agganciare la realtà dell'altro, con una modalità a "ponte", e di poter articolare un potenziale dialogo sonoro.

L'area transizionale di Winnicott, in musicoterapia, è l'area in cui l'aspetto ludico dell'elemento sonoro garantisce un ambiente contenitivo dentro cui sia possibile intervenire in maniera fluida, interagendo con l'altro, proteggendo e garantendo l'espressione e la comprensione, aprendo la possibilità di comunicare attraverso un processo regressivo. La regressione viene qui intesa come il recupero del contatto con gli aspetti primari connessi all'*imprinting* percettivo sensoriale, che definiscono i contorni dell'identità.

Nelle nevrosi, ad es., il suono permette di entrare in contatto con il conflitto ed il processo regressivo è utile per il raggiungimento del piano conflittuale o del trauma che lo ha determinato, permettendo di riviverlo. Il viaggio a ritroso ha poi la finalità di rientrare nel qui ed ora.

Nel modello Benenzon ISO (ricerca dell'identità sonora) (Benenzon, 1997) possiamo ritrovare concetti psicologici di vario genere: "L'inconscio e il concetto di energia" da Freud, gli "Archetipi e l'inconscio collettivo" da Jung, la "Teoria della comunicazione e la comunicazione analogica" da Watzlawick e Bateson, "l'Oggetto transizionale ed il gioco" da Winnicott, la "Teoria dell'imprinting" da Lorenz e la Teoria della Gestalt.

Per ciò che concerne il concetto di *transfert* in musicoterapia, sembra che questo si manifesti mediante la stimolazione della memoria non verbale quando si stabilisce la relazione, poiché il paziente rivive insieme al terapeuta, attraverso i suoni, gli episodi iniziali della relazione madre-padre-figlio, collocando il passato nel presente. Ne consegue che la comunicazione delle emozioni, velate ed espresse dal linguaggio musicale, viene letta nell'ambito della relazione transferale. All'interno della relazione si verificano anche meccanismi controtransferali di tipo "seduttivo" o "persecutorio" (Di Franco, 2001).

Per ciò che concerne la prima, il terapeuta sente la proiezione del paziente del suo bisogno di fusione (di essere "uno" attraverso la musica). Questo può scatenare reazioni pulsionali di tipo narcisistico, il desiderio di essere in contatto con gli altri o il delirio di onnipotenza (delirio di poter essere il risolutore di tutti i mali).

La percezione persecutoria subentra poiché il terapeuta sente che il paziente lo usa come contenitore delle sue proprie ansie e questo può scatenare vissuti di solitudine (data dall'identificazione proiettiva con componenti di isolamento e depressive), di angoscia di morte (data dall'impotenza dell'agire attraverso i suoni), di paura di essere in contatto con gli altri e la tendenza alle iterazioni ossessivo/compulsive (utilizzate come contenimento del proprio *burn out*).

Adesso approfondiremo le caratteristiche di un setting musico terapeutico. Potremmo pensare al setting in ottica bioniana, come un contenitore entro cui il paziente porta ed elabora insieme allo psicoanalista i propri vissuti.

Il setting musicoterapico può essere sia all'interno di uno studio che all'aperto.

All'interno di uno studio deve però avere un isolamento acustico o deve permettere di lavorare con assoluta libertà di espressione per dare spazio a grida, mugolii, gemiti, imitazioni di animali, utilizzo di strumenti ecc. Le dimensioni devono essere ampie per permettere la libertà di movimento, ma non troppo grande per evitare la dispersione. L'illuminazione può essere sia naturale che artificiale.

Il setting all'aperto facilita la mobilità corporea e fornisce stimoli grazie alla sua conformazione, come suoni naturali e utilizzo di materiali stessi come bastoni o foglie. Anche l'acqua può diventare un setting, riproducendo le condizioni di vita fetale.

Gli strumenti fanno parte del setting e devono racchiudere caratteristiche come una facile utilizzazione, una differenza nei suoni, consentire i movimenti, favorire le relazioni con gli altri strumenti. Solitamente, il lavoro viene svolto in coppia, poiché questo evita il verificarsi dell'*acting out* del terapeuta, permette uno scambio di riflessione e d'informazione, costituisce un contenimento maggiore, riduce il *burn out*, e aiuta ad alleviare le sofferenze narcisistiche di entrambi i terapeuti.

Le competenze richieste sono principalmente la capacità di stabilire un rapporto empatico, quella di osservare la relazione musicoterapica e quella di operare una valutazione sul percorso svolto. Per concludere, gli obiettivi solitamente citati in musicoterapia sono: sviluppare nuove strategie

di relazione, facilitare la comunicazione non verbale, potenziare le competenze del singolo, scoprire le potenzialità creative del paziente, fornire sostegno e cura sotto il profilo relazionale, far prendere consapevolezza con aspetti ed emozioni interne e poterle esprimere, favorendo l'integrazione dell'identità e lo sviluppo espressivo, creativo ed emotivo.

Infine, cerchiamo di analizzare alcuni dei limiti della musicoterapia, come, ad esempio, le credenziali e il riconoscimento della musicoterapia da parte degli altri professionisti. Altre problematiche riguardano la sua funzione, poiché risulta difficile comprendere se sia una attività di sostegno ad altre discipline o sia una disciplina autonoma. Inoltre, le critiche rivolte alla musicoterapia riguardano essenzialmente la frequente assenza di un'impostazione teorica organica e strutturata che possa costituire la base dell'intervento e la qualità dei percorsi formativi, non sempre garanti di una adeguata formazione musicale e relazionale.

Infine, si ravvisa sovente l'assenza di una coerenza fra teoria e prassi e, dal punto di vista metodologico, l'assenza di percorsi valutativi o la superficialità e inadeguatezza degli stessi.

Anche in musicoterapia esistono controindicazioni; infatti, un suono non appropriato può scatenare il peggioramento dello stato psichico, emozionale o addirittura peggiorare la patologia fisica in corso. Nel caso dell'epilessia, per esempio, bisogna andare veramente, come si suol dire, "coi piedi di piombo". La musicoterapia è anche sconsigliata nel caso in cui una persona abbia subito traumi legati in qualche modo all'ascolto della musica (ad esempio episodi psicotici scatenati da droghe in discoteca).

Infine, ritengo fondamentale non sottovalutare la possibilità di uno scompenso da parte del paziente, vista la capacità regressiva di tali strumenti e la difficoltà di riportare il paziente nel qui ed ora.

APPROCCI TERAPEUTICI CHE ENFATIZZANO LA CREATIVITÀ E L'ESPRESSIONE DELLA PERSONA E DELLE EMOZIONI

La Musicoterapia e terapie affini

Da sempre l'uomo si esprime, prima che con le parole, attraverso la gestualità, la modulazione della voce e il ritmo del respiro, comunicando la propria musicalità nell'interazione con gli altri. Nell'infante, questo è più evidente.

I principali obiettivi della musicoterapia sono quelli di favorire, attraverso l'impiego del parametro sonoro, la maturazione e l'espressione del mondo interno del paziente e migliorare le relazioni affettive, grazie all'acquisizione di una maggiore capacità di gestire e modulare emozioni, pensieri e comportamenti. Lo scopo è quindi quello di ampliare le possibilità comunicative ed espressive della persona, stimolandone il processo creativo.

Come abbiamo precedentemente appurato, gli effetti suscitati dalla musica in ambito neuropsicologico sono molteplici: sensoriali e neurovegetativi (variazioni di battito cardiaco, pressione sanguigna, tono muscolare), psico-affettivi, cognitivi, ideativo-immaginativi. Talvolta, però, la musica può risultare dolorosamente spiacevole o addirittura nociva. L'attribuzione del senso ad un brano musicale sarà sempre nel qui ed ora dell'esperienza vissuta della persona, nel quale confluiscono le dinamiche affettive e non solo.

Gli orientamenti teorici della musicoterapia si riferiscono a tre correnti principali: quella umanistica, quella psicodinamica, e quella cognitivo-comportamentale.

La corrente di tipo umanistico utilizza il suono in maniera creativa, spontanea, nel qui ed ora, lavorando prevalentemente sugli aspetti sonoro intuitivi che possono emergere nella relazione. La capacità di base che si va sviluppando in questo tipo di esperienze è l'ascolto di sé e dell'Altro. All'interno di tale modello, è intrinseca la fiducia incondizionata nelle risorse manifeste o latenti delle persone.

La corrente di tipo psicodinamico può essere freudiana, junghiana, gestaltica, bioenergetica, sistemica e presta attenzione alla relazione che si va a stabilire tra il soggetto e il musico-terapeuta attraverso l'utilizzo del suono e della musica e di ciò che va ad indurre.

La corrente di tipo cognitivo-comportamentale è orientata prevalentemente a lavorare sui meccanismi attentivi, riferendosi in modo diretto

al singolo sintomo. Quindi si basa principalmente sull'utilizzo del suono come stimolo, il quale può determinare una reazione. Il fine è quello di promuovere uno sviluppo armonico di vari analizzatori sensoriali, motori, cognitivi e affettivi.

I requisiti principali per essere qualificati per quanto attiene l'improvvisazione in musicoterapia sono tre: abilità musicale, competenza clinica e qualità personali.

Dal punto di vista metodologico si possono distinguere tre tecniche: musicoterapia recettiva (basato sull'ascolto in modalità statica, senza attività motoria, di sonorità vocali-strumentali o brani musicali), musicoterapia attiva (produzione diretta di suoni e musiche attraverso improvvisazione con voce e strumenti) e musicoterapia integrativa che racchiude le prime due ed integra altre discipline ritenute complementari.

Ciascun modello musicoterapico possiede determinate caratteristiche che lo rendono unico e diverso dagli altri modelli, anche a seconda dell'utenza alla quale è rivolto.

In musicoterapia si ricorre all'ascolto come modalità di intervento non prescindendo, però, da processi di osservazione, valutazione e relazione riferiti alla persona o al gruppo di persone a cui si propone il trattamento. In ambito musicoterapico può essere importante fare riferimento a una distinzione tra interventi musicoterapici con finalità terapeutiche e altri con finalità riabilitative. In questo senso per terapia si intende quella strategia che, dal di dentro, facilita i processi di consapevolezza di sé, di regolazione delle emozioni e delle capacità comunicative. Per riabilitazione si intende, invece, quella strategia che, dal di fuori, favorisce lo sviluppo dei processi cognitivi, relazionali e di socializzazione.

La World Federation Of Music Therapy ha riconosciuto cinque modelli musicoterapici: la musicoterapia creativa (Nordoff e Robbins); quella comportamentale e cognitiva (Madsen), quella analitica (Priestley); immaginario guidato e musica (Bonny), la libera improvvisazione (Benenzon).

Il *modello di Nordoff e Robbins* è di natura educativo-pedagogica e prevede generalmente sedute di gruppo in cui si imparano diversi ritmi per aiutare i movimenti del corpo e la

coordinazione. Paul Nordoff era un compositore e pianista americano, mentre Clive Robbins era uno psicopedagogo inglese. Inizialmente il loro modello venne influenzato dal pensiero di Rudolf Steiner (ogni essere umano ha una responsività innata alla musica e ogni personalità può raggiungere un “bambino musicale” o una “persona musicale”), ma poi si avvicinò alle correnti umanistiche che sostenevano la tensione verso l'autorealizzazione e lo sviluppo speciale dei talenti creativi. La relazione con il soggetto/paziente è costruita su un approccio caldo e amichevole, che implica l'accettazione incondizionata del cliente e la sua libertà di scelta. Essi sostengono che il musicoterapeuta deve essere un musicista esperto dal momento che l'uso di uno strumento armonico è centrale nel loro stile lavorativo. Nel lavoro di gruppo utilizzano strumenti diversi. Il lavoro terapeutico viene svolto in coppia: un terapeuta stabilisce una relazione musicale al pianoforte mentre l'altro terapeuta facilita la risposta e la partecipazione del cliente. Nella Musicoterapia Creativa l'improvvisazione musicale inizia da quando il cliente entra nella stanza e si ferma solo quando questo è uscito. L'applicazione clinica della Musicoterapia Creativa è vasta.

Il *modello di Mary Priestley*, la Musicoterapia Analiticamente Orientata (AOM), coinvolge attivamente il paziente nelle attività musicali orientate clinicamente, utilizzando principalmente l'improvvisazione. Il metodo si basa sulle teorie analitiche o psicoanalitiche e sulle Teorie della Comunicazione, dello Sviluppo Psicologico e quelle che considerano le componenti psicosociali nello sviluppo della personalità di una persona. La seduta inizia con uno scambio verbale su ciò che è significativo per il soggetto qui ed ora. Da qui si creano argomentazioni formulate con un gioco di regole che diventano ispirazioni per l'improvvisazione musicale. Cercare un argomento, focalizzarsi su qualche cosa per l'improvvisazione sonoro-musicale è essenziale. L'obiettivo è far sì che il soggetto/paziente sia in contatto ed esprima emozioni, fantasie, sogni, esperienze corporee, ricordi e situazioni attraverso la musica in modo non verbale. Al termine dell'improvvisazione musicale segue una riflessione verbale, per dare l'opportunità al paziente di rendere consci i

movimenti interni che sono stati provocati nell'improvvisazione musicale.

Il *modello di Cliff Madsen*, la Musicoterapia Comportamentale, si è sviluppato negli USA ed è un metodo che si può definire come l'utilizzo della musica come rinforzo per aumentare o modificare comportamenti adattivi od eliminare comportamenti maladattivi.

Il *modello di Helen Bonny*, immaginazione guidata e musica (GIM), è un approccio che utilizza un repertorio musicale al fine di generare una comprensione dinamica delle esperienze interne. Questo modello è di tipo olistico, umanistico e transpersonale, e permette l'emergere di tutti gli aspetti dell'esperienza umana: psicologico, emozionale, fisico, sociale, spirituale e dell'inconscio collettivo. La tecnica metodologica GIM è divisa in 4 fasi:

1. Il preludio, che ha come punto di partenza la vita del paziente e la consapevolezza dei suoi problemi.
2. Induzione, Rilassamento, e messa a fuoco.
3. Viaggio musicale.
4. Prologo.

Quando la musica sta per finire il paziente è guidato a riprendere consapevolezza. In questo passaggio, il paziente è invitato a conservare e concentrare la sua esperienza, per esempio con un disegno, una scultura, un lavoro con l'argilla o una poesia. L'ultima parte del Prologo è un breve dialogo nel quale il terapeuta aiuta il paziente a collegare l'esperienza vissuta alla sua vita quotidiana.

Il *modello di Benenzon* è legato alla musicoterapia attiva e si basa sulla libera improvvisazione. Tale modello risulta essere uno dei più diffusi in tutto il mondo e privilegia la comunicazione non verbale attraverso il codice musicale, gestuale, corporale, mimico ecc. Alla base delle teorie legate a questo modello c'è il concetto dell'ISO, ossia l'insieme degli archetipi sonori propri dell'individuo e delle esperienze sonore a lui familiari. Rolando Benenzon studia il linguaggio non verbale in virtù del “primordiale bagno sonoro” che caratterizza ogni essere umano nella sua fase prenatale. Difatti è l'elemento sonoro il canale privilegiato di quell'epoca. Sull'universale esperienza di ascolto dei suoni (il battito del cuore, i rumori respiratori e intestinali, la voce della madre), assorbiti dal feto in forma di vibrazione tattile-sonora prima che uditiva, si costruirà nel tempo l'identità sonora individuale

di ogni persona. L'ISO universale richiama il concetto di "inconscio collettivo" di Jung, poiché è quello che caratterizza tutti gli uomini indipendentemente dal contesto socio-culturale, linguistico, familiare, storico o psicologico (esempio: il suono e il ritmo legato alla respirazione). Esiste poi l'idea di un ISO culturale che accomuna tutti gli individui appartenenti ad una società o le persone che parlano la stessa lingua, e il concetto di ISO grupale, che si riferisce a gruppi di persone con le stesse affinità musicale latenti, sviluppate in ognuno dei membri.

Un'altra terapia legata alla creatività è la *danzaterapia*, che sfrutta i misteri della musica e i riti della danza, utilizzati nella storia delle varie culture.

Un concetto centrale utilizzato è quello di spazio transizionale di Winnicott, ovvero lo spazio intermedio tra il me e il non me, tra realtà e la fantasia. I lavori di tipo creativo permettono di dare forma all'inconscio, favorendo l'incontro e il dialogo tra la parte conscia e quella inconscia della personalità, abitando consapevolmente il corpo. Tra gli influssi teorici, mettiamo enfasi sulla Gestalt, che valorizza la persona nella sua globalità, incluso l'aspetto corporeo e prevede un utilizzo versatile di varie tecniche, verbali e non. In questo tipo di gruppo i partecipanti svolgono parte del lavoro individualmente, separatamente dagli altri, concentrandosi sul proprio processo creativo. Tutte le attività creative permettono la connessione con il linguaggio analogico, quello del corpo, del movimento e delle emozioni, che si esprime attraverso i simboli.

Il setting danzaterapico viene descritto come un contenitore dello spazio simbolico, affettivo, relazionale, normativo, progettuale, strategico e geometrico, nel quale avviene l'incontro.

L'integrazione dell'esperienza, nella fase finale dell'incontro, si svolge attraverso la condivisione verbale, spesso preceduta dall'uso del disegno o della parola poetica, che assumono in tal senso un ruolo di transizione. L'integrazione è molto importante, in quanto permette di far tesoro dell'esperienza e dei messaggi in essa racchiusi, permettendo che il flusso creativo e la propulsione al cambiamento si riverberino nei diversi settori della vita quotidiana.

Infine, abbiamo la *biodanza*, messa a punto da Rolando Toro Arendá, che permette di recuperare l'integrazione delle varie parti del sé, tramite l'azione esercitata sul sistema limbico-ipotalamico, che è in relazione con la corteccia cerebrale e il sistema nervoso periferico. L'etimologia della parola bio-danza deriva dal greco: bios=vita e danza=movimento naturale connesso alle emozioni. La proposta è quella di "danzare la propria vita". L'obiettivo è quello di trovare il gesto che traduce le proprie emozioni per facilitare la propria creatività, apertura agli altri e spontaneità. Gli esercizi possono essere individuali, in coppia, in piccoli gruppi o per tutto il gruppo, e si dividono in una parte dedicata alla condivisione verbale ed una dedicata al movimento. Questa terapia, come quella che presenterò successivamente, prendono spunto dalla Bioenergetica, che analizzeremo nel paragrafo seguente.

La *biomusica* è una disciplina in cui si utilizzano antiche conoscenze sull'influenza della musica sul corpo umano. Attraverso esercizi di respirazione, movimento, rilassamento attivo ed emissione di suoni si interviene sulla globalità dell'essere umano: corpo-emozione-energia. Secondo il suo ideatore, Mario Corradini, questo metodo si basa sulla relazione fra suoni, musica, malattia ed energia bioenergetica e viene usato con successo in gruppi aperti, ai quali aderiscono persone senza sintomatologie dichiarate, e anche in terapia, ad esempio nel recupero dei tossicodipendenti.

Rilassamento, equilibrio e stimolazione sono i tre effetti immediati della musica.

La biomusica è una metodologia diretta e pratica che serve ad equilibrare e a stimolare il corpo per evitare la somatizzazione dei conflitti emotivi, considerati la causa delle varie patologie. I disturbi di origine emotiva vanno ad interferire con il nostro sistema bioenergetico, costituito da centri neuro-endocrini che regolano tutte le nostre attività. Se l'energia che li alimenta non si mantiene a un livello costante in tutti i centri, si verifica un blocco che causa disequilibrio, disfunzioni o addirittura malattie. I blocchi di energia si localizzano in determinate zone del corpo con ghiandole, organi e viscere corrispondenti: ghiandola ipofisi, epifisi, cervello; laringe, tiroide e paratiroide; cuore e

timo; polmoni, bronchi, pleura; fegato, stomaco, pancreas, intestini; reni, prostata, utero; genitali. I blocchi hanno una particolare forza di coesione, alla quale corrisponde una frequenza, cioè una nota chiave: inviando suoni con frequenza simile a quella di coesione si può alterare la forza che li mantiene uniti. A tal fine si usa il suono, canalizzando le vibrazioni verso i posti in cui i blocchi si trovano. Il suono, infatti, può entrare in risonanza con questa frequenza, rompere il blocco e reintegrare l'energia nel circuito bioenergetico, evitando così la somatizzazione. Il suono diventa così una vera e propria forma di energia; noi ascoltiamo con l'udito ma anche con le ossa, il sangue, i muscoli, la pelle e tutta la materia di cui siamo fatti. Siamo materia che vibra: tutto il corpo o una parte di esso può entrare in risonanza quando riceve vibrazioni simili alle proprie e ogni zona dell'organismo vibra a frequenze diverse a seconda dei materiali che la compongono.

Attraverso il suono e la musica si può agire su due aspetti fondamentali della persona, emozionale e fisiologico, per arrivare all'identificazione dei conflitti, che condizionano i comportamenti delle persone, e per capire il funzionamento di quei meccanismi interiori che provocano sofferenza. In biomusica il metodo è un insieme di proposte tratte da diverse discipline che vengono utilizzate dal terapeuta. Nella seduta di musicoterapia vengono, dunque, proposti esercizi con il suono vocale indirizzato, giochi, narrazioni e fantasie guidate. Nel gruppo si tenta di far uscire l'individuo dal suo isolamento, vincendo le sue resistenze, per farlo relazionare con gli altri.

La Psicoterapia Umanistica

La psicologia umanistica valorizza le attività creative ed espressive al fine di coinvolgere ed esprimere se stessi e stimolare la consapevolezza di sé. All'interno di questa corrente si sono sviluppate varie discipline che andremo ad esaminare.

Come sappiamo, le emozioni possono paralizzare o mettere in moto l'essere vivente. Ad es., nelle nevrosi, nelle psicosi o anche in situazioni psicosomatiche, l'impoverimento delle espressioni emotive giunge a disturbare la motilità spontanea. Secondo la bioenergetica, in

tali persone si riscontrano una serie di blocchi a livello corporeo che impediscono alle emozioni e all'energia di fluire liberamente. Scopo dell'analisi bioenergetica è quello di far superare i blocchi e quindi ristabilire un contatto immediato ed un flusso delle proprie emozioni ed energie.

Mobilitando voce e corpo all'unisono, gli esercizi hanno l'obiettivo di:

- 1) far entrare in contatto con le proprie emozioni per trasformarle creativamente;
- 2) promuovere processi energetici e metabolici quali funzioni basilari della vita;
- 3) scaricare le tensioni accumulate e ricaricarsi di energia positiva;
- 4) far aumentare l'autostima;
- 5) far sentire il senso di appartenenza al gruppo per estenderlo nel mondo;
- 6) far sentire le contrazioni muscolari per migliorare la postura corporea e la deambulazione.

Il "grounding", definito da Alexander Lowen, è il primo obiettivo della bioenergetica poiché riesce a far sentire l'unità tra il corpo e la mente, l'integrazione tra la realtà interna e quella esterna. La voce accompagna ogni movimento ed ogni postura in "grounding" per esprimere le emozioni. Nel dialogo diretto fra psiche e corpo, il suono della voce è un processo capace di intervenire sulla fluttuazione delle vibrazioni, coinvolgendo entrambe sbloccando, trasformando e riequilibrando i blocchi. La voce di ogni persona è centrata attorno ad una frequenza fondamentale corrispondente ad una certa nota, che è la cosiddetta nota fondamentale o tonica individuale, ma subisce l'influenza di pensieri, emozioni e quant'altro deriva dal nostro incontro con la realtà. Infatti, è noto come in caso di choc si possa perdere la voce. È facile notare che se c'è rabbia la nota della voce si alza di circa mezzo tono ed assume particolari sfumature timbriche "vibrate", mentre in depressione la frequenza si abbassa, ecc.

Il suono del corpo e la postura corporea differenziano la bioenergetica da qualsiasi altra tecnica motoria (aerobica, yoga, balli latini americani, biodanza, talvolta denominati abusivamente come "terapie"). Il lavoro corporeo bioenergetico a differenza di altre tecniche motorie utilizza la manifestazione della rabbia e della risata col corpo e con la voce,

poiché si è constatato che i disagi psicofisici che si manifestano in qualsiasi età sono la manifestazione sintetica di emozioni congelate nel corpo.

Il grounding, la respirazione, la voce ed i movimenti corporei scientificamente studiati, permettono l'espressione di rabbia, dolore o autoaffermazione, senza perdere i personali confini, senza entrare in uno stato di isteria o di eccessiva eccitazione dovute ad una inversione di energia. Il senso di colpa, il sovraccarico di energia nella testa e le interazioni sono saggiamente contenute dalla postura.

Qualche volta durante gli esercizi si recuperano ricordi infantili traumatici. Tale recupero libera il corpo dai ristagni energetici dove si conserva l'evento che a suo tempo provocò la contrazione stessa. Il bambino, per autodifesa dal dolore troppo forte, contrae il respiro ed autoproduce il blocco energetico. In ogni segmento di energia stagnante si conserva la memoria degli episodi traumatici. Con gli esercizi della zona orale si sbloccano stasi di energia che si trovano anche nel collo e sulle spalle.

Il collo, sede delle corde vocali, si può considerare un punto di connessione che unisce la testa al corpo. Le contrazioni di quest'area, particolarmente frequenti, tendono a stabilire un senso di separazione tra la testa ed il corpo. Molte persone si difendono dalle proprie emozioni identificandosi nella propria testa. Le emozioni trattenute nella gola sono singhiozzi, grida e urla, ossia espressioni vocali rumorose che durante l'infanzia vengono inibite e conseguentemente inghiottite e contratte. Man mano che si liberano tutte le emozioni, si sviluppa una sintonia armonica e una unitarietà tra la testa ed il tronco. La rabbia trattenuta nel collo è collegata ai muscoli delle spalle e ad altre aree della schiena.

La naturalezza dei movimenti e della voce non feriscono come quando si usano le parole, perché l'espressione non è il prodotto della mente razionale, ma è il libero e spontaneo linguaggio del corpo che offre la catarsi giocosa di un'innocenza perduta, il cui unico scopo è quello di crescere "gioiosamente" vitali.

La classe di esercizi di bioenergetica non è una psicoterapia, ma un valido aiuto, un sostegno per chi vuole liberarsi dallo stress; è uno spazio protetto, contenuto e adeguato.

La psicologia transpersonale è un approccio alla psiche totale, poiché interviene su tutti i livelli dell'essere umano: corporeo, emotivo, cognitivo, spirituale. Il suo scopo è quello di favorire l'apertura della vita interiore a nuove conoscenze ed esperienze, contattare, osservare, contenere e sentire le emozioni, attraverso la meditazione e l'introspezione.

Questo modello psicologico studia la sofferenza narcisistica dell'io separato dal sé, che si allontana dai veri valori della vita e si manifesta nell'egoismo, nella superficialità, nella carenza di creatività e nella mancanza di significati positivi. Le tecniche utilizzate nel lavoro transpersonale sono: la visualizzazione, esercizi introspettivi, il dialogo con le maschere dell'anima e con i conflitti psichici, l'immersione nei sogni e nelle fantasie, l'immaginazione, il disegno, la scrittura creativa, la danza e la meditazione. Attraverso la pratica di questi giochi si impara ad esprimere i propri vissuti attraverso vari linguaggi espressivi e creativi, condividendo con il gruppo le proprie debolezze per accettarle e per dare e prendere energia.

La Psicoterapia della Gestalt ha l'intento di integrare il centro motore (il corpo), il centro emotivo (i sentimenti e le emozioni) e il centro mentale/spirituale (pensieri, credenze). Molti dei concetti vengono associati e ripresi dalla teoria della Gestalt: sfondo e figura, gestalt incompleta, integrazione delle parti, contatto, qui ed ora, consapevolezza, self, processo dialogico, autoregolazione organistica, vuoto fertile, ciclo del contatto, relazione, polarità, attenzione nel presente, responsabilità, autosostegno. Ma la Terapia della Gestalt non è conosciuta tanto per il suo corpo teorico quanto per la sua prassi, per il suo modo di fare, di stare e di essere con il paziente.

Possiamo dire che i suoi tre pilastri principali sono la relazione, la consapevolezza e la sperimentazione. L'approccio corporeo, il gruppo come specchio di risonanze delle singole persone, il senso interiore, spirituale e suggestivo che impregna questo lavoro e la creatività (sia del paziente che del terapeuta) sembrano essere concetti pregnanti e fondanti di tale terapia.

La Psicoterapia della Gestalt fu fondata da Fritz Perls negli anni 50/60 ed incorpora le varie influenze del suo ideatore, sia di tipo psicologico (la psicanalisi, la psicologia della forma, la teoria

del campo di Kurt Lewin) che filosofico (Friedlaender, fenomenologia, esistenzialismo), spirituale (lo Zen, il Taoismo) e artistico (teatro di Reinhardt, lo psicodramma di Moreno).

Uno degli obiettivi principali è quello di aiutare i pazienti a comprendere ed accettare i propri bisogni, desideri e paure aumentando la consapevolezza del fatto che gli ostacoli principali per il raggiungimento degli obiettivi sono posti dal soggetto stesso. Perls aveva l'intento di incrementare la consapevolezza di sentimenti non riconosciuti come propri, recuperando le parti della personalità negate e rinnegate.

Allo psicoterapeuta si richiede una presenza consapevole e responsabile di quanto accade in un preciso istante (qui ed ora). In questo modo il paziente viene riportato al presente anche quando si trattano le ferite del passato o le aspettative del futuro. Tutto ciò viene elaborato all'interno della relazione tra lo psicoterapeuta ed il paziente, e in questo senso lo psicoterapeuta utilizza il proprio sentire nella relazione come risorsa genuina nel processo di lavoro.

L'essenza della Gestalt sembra ispirarsi ad alcune tradizioni spirituali come il taoismo, in particolare per ciò che concerne l'autoregolazione organistica. In questa ottica il terapeuta diviene uno strumento di salute nella relazione terapeutica. La terapia gestaltica non è nata come applicazione di un corpo teorico, ma piuttosto come una modalità di essere nel mondo. La Gestalt antepone, dunque, un genuino atteggiamento del terapeuta, legato all'intuito e alla stessa relazione con il paziente, alle teorie e anche alle tecniche.

Claudio Naranjo esprime nel suo libro *La Vieja y Novísima Gestalt* i principi del gestaltista:

1. Vivi ora, cioè preoccupati del presente più che del passato o del futuro;
2. Vivi qui, cioè relazionati più con il presente che con ciò che è assente;
3. Lasciati all'immaginazione: sperimenta ciò che è reale;
4. Abbandona i pensieri non necessari; piuttosto, senti e osserva;
5. Preferisci l'espressione piuttosto che la manipolazione, la spiegazione, la giustificazione o il giudizio;
6. Affidati al dispiacere e al dolore così come al piacere; non restringere la consapevolezza;

7. Non accettare nessun altro "dovrei o avrei" che il tuo proprio: non adorare nessun idolo;
8. Prendi responsabilità piena dei tuoi atti, sentimenti e pensieri;
9. Accetta di essere come sei.

Il tutto può essere riassunto sotto le seguenti categorie:

1. L'attualità temporale (il presente di fronte al passato o il futuro), spaziale (ciò che è presente ora di fronte a ciò che rimane assente) e sostanziale (l'atto o l'azione di fronte al simbolo);
2. L'attenzione e l'accettazione della esperienza;
3. La responsabilità.

Introduzione sulla creatività nella Gestalt

"Per vivere una vita creativa dobbiamo perdere la nostra paura di sbagliare" (J.C. Pearce)

Il discorso sulla creatività ha origini abbastanza recenti. Nell'immenso corpus di teorie e modelli che si sono avvicendati nel tempo, possiamo individuare due filoni principali entro i quali la creatività è stata indagata. Il primo, la cui data di nascita collochiamo nel 1950, ha preso in considerazione principalmente gli aspetti cognitivi del fenomeno creativo, rivolgendosi al pensiero e ai modi in cui esso diventa capace di concepire la novità.

L'altro invece prende spunto dalla diffusione della psicoanalisi non solo come tecnica terapeutica, ma come strumento universale di comprensione del comportamento umano. La sua attenzione si è rivolta all'arte e al rapporto della creazione artistica con la dinamica dell'inconscio. Entrambe le tendenze presentano meriti e limiti. La prima nel sottolineare come la flessibilità del pensiero produca nuove idee, ha mostrato come l'atteggiamento creativo non sia prerogativa del genio, ma di un'arte comune, potenzialmente accessibile a tutti, che può essere fruttuosamente coltivata. La seconda tendenza ha invece tentato di scandagliare queste profondità, cercando la fonte dell'arte nei processi che si muovono sotto la soglia della coscienza. Il rischio è qui di ridurre l'arte a simbolo.

Diventa, quindi, necessario partire da una definizione di creatività che sia sufficientemente chiara da evitare ambiguità, ma allo stesso tempo

sufficientemente flessibile da poter costituire uno stimolo per ulteriori approfondimenti.

Creatività è dunque “la disposizione a generare e sviluppare processi creativi, cioè processi che conducono, attraverso la rigenerazione e la ristrutturazione di elementi preesistenti, alla produzione di qualcosa di nuovo e originale, che genera sorpresa tanto nel creatore stesso quanto negli osservatori” (Pitruzzella, 2008, p. 42). Della creatività si sa che è ricomposizione: mettendo insieme cose nuove e conosciute ne vengono fuori di nuove che prima non c'erano. Si parla di creatività, però, solo quando la ricomposizione risulta dotata di valore. L'utilità è facile da riconoscere, il valore estetico meno, dato che pur nel suo rigore non ha leggi. L'esperienza estetica come tutte le esperienze è soggettiva.

Per comprendere la dinamica della creatività è utile il concetto di “processo dialettico”. Hegel ritiene che lo sviluppo della storia umana avvenga attraverso un processo di fusione di opposti in una sintesi che li trascende: il processo dialettico consiste nel trovare un nuovo mondo, dove c'è posto per una parte e per l'altra del conflitto. Un processo creativo è quindi un processo di trasformazione e di conferimento di senso. Dunque, anche la costruzione di noi stessi può essere considerata un processo creativo: un continuo ricombinare e dare nuovo significato alle nostre relazioni con il mondo ed alle impronte di queste relazioni sul nostro paesaggio interiore. Ma quali sono i segni attraverso i quali questa dimensione creativa si manifesta nella vita di ciascuno di noi? Ne sono stati individuati tre principali: curiosità, versatilità e presenza.

Queste sono forme dell'esperienza e allo stesso tempo qualità personali. Le personalità autoritarie sono spesso meno creative, perché il processo creativo mette appunto in circolo sempre nuovi dati e non è facile da circoscrivere. La creatività è facilitata dal rispetto per la diversità: essendo ricomposizione, ha bisogno di ingredienti diversi da ricomporre in nuovi insiemi. La diversità è insomma la base di qualunque atto creativo, quando però è amata e non solo accettata con rassegnazione. L'interesse per l'arte come strumento terapeutico è dovuto sia al piacere e al valore curativo del rivelare se stessi nella propria unicità e originalità, sia alla specificità, insita in ogni atto creativo, di mettere fuori gioco i censori ed essere una scorciatoia eccezionale che, oltrepassando l'inconscio, porta

direttamente all'espressione delle dinamiche interne.

Mentre realizziamo una scultura o un dipinto non sappiamo quale tratto stiamo narrando di noi, perché è impossibile essere soggetti attivi dell'esperienza e, allo stesso tempo, osservatori neutrali.

Un momento artistico è di per sé terapeutico: il senso di vuoto si trasforma in una sensazione di pienezza e soddisfazione, in un sentimento di unione universale in cui il desiderio di condivisione diviene parte integrante del processo. In terapia non sempre il colloquio è la strada migliore per iniziare; essendo la percezione sensoriale a orientare l'esordio del nostro essere al mondo, le parole hanno solo la facoltà di trasmettere quanto il corpo già sente e conosce.

Spesso proviamo sentimenti confusi e contraddittori, difficili da spiegare nei particolari e con definizioni adeguate; il linguaggio dell'arte, che è in realtà un linguaggio corporeo, non avendo né un tempo né un luogo specifico, né uno sviluppo lineare per manifestarsi, ci viene in aiuto, rendendo più semplice, diretta e naturale la comunicazione. Nell'arte-terapia non vi è critica nell'esperienza; interessante non è il valore estetico e il risultato finale, ma il senso profondo di quanto la persona voleva comunicare con la rappresentazione di quelle immagini, di quel canto, di quella danza.

Il processo creativo inizia con il lasciarsi andare così come si è: esprimono idee, impulsi, impressioni, desideri mediante un qualsivoglia strumento artistico, e le dinamiche interiori escono e si materializzano nel tempo e nello spazio in una dimensione squisitamente individuale. Importante è sapere che la dinamica della trasformazione avviene in corso d'opera, ed essendo motore di se stessa si rigenera continuamente. Con l'arte diamo voce, spazio, forma e colore a stati d'animo che dal magma indefinito del nostro mondo interno si liberano e trovano i mezzi per uscire fuori, lasciando noi diversi da prima. Il processo creativo è un'incredibile magia: fa sentire vivi e presenti, scoprire nuove prospettive esistenziali, liberare intuizioni e forze sconosciute, affrontare la realtà in modo precedentemente inimmaginabile, volgere lo sguardo con altri occhi ai problemi di

sempre, rendendoli più semplici, più chiari, risolvibili.

Il terapeuta quando lavora con la creatività deve tenere presenti alcuni punti fondamentali:

- non ci sono significati simbolici indipendenti dai vissuti personali; ogni individuo ha immagini metaforiche diverse e radicate in sé dalla propria specifica esperienza culturale.
- L'aiuto terapeutico consiste nel sostenere una persona a ritrovare quanto già sa, ma per svariate ragioni, difficoltà, problematiche, ha dimenticato. Il paziente, nonostante il proprio disagio, è l'unico detentore del proprio sapere, benessere ed equilibrio, ed è l'unico quindi in grado di ritrovarlo. Il terapeuta, entrando per quanto gli è concesso nel suo universo esistenziale, può comprenderlo empaticamente, mettersi nei suoi panni e accompagnarlo nella ricerca; metaforicamente è come se tenesse una torcia accesa per illuminare una strada che l'altro già conosce, ma non può vedere con chiarezza perché confuso e amareggiato.
- Ogni tecnica artistica può essere usata a livello terapeutico e la scelta rispetta in genere le tendenze individuali; è piacevole dedicarsi a ciò verso cui per natura si è più inclini, attratti, affascinati. A volte, invece, occorre andare proprio là dove vi è rifiuto o difficoltà; ad esempio, spesso le persone che più necessitano di lavorare con il corpo sono proprio quelle più disinteressate all'esperienza; ci sono altri che ritenendosi negati rispetto ad una certa forma artistica, sfuggono ogni verifica, ma quando finalmente se la concedono hanno un incredibile senso di soddisfazione e libertà.
- Non esistono persone creative ed altre no, ma persone che accettano di mettersi in gioco e rischiare il ridicolo e altre non desiderose di esporsi e azzardare. Correre il rischio di sembrare strani, assurdi e sbagliati ha un enorme costo in termini di energia psichica, ma è uno sforzo ben compensato poiché un grosso peso nella vita se ne va: non è più necessario far le cose giuste per essere apprezzati dagli altri, ma ci si può permettere di agire, affidandosi esclusivamente al proprio intuito.

All'interno del processo creativo va poi considerato il concetto di "vuoto fertile". Con questo termine ci riferiamo a quei momenti o periodi dell'esistenza in cui impera il nulla: l'esperienza passata è finita e la prossima deve sempre arrivare. La capacità di ognuno di sperimentare tale dimensione dipende dal grado di solidità e sicurezza in se stessi e dal contatto e dalla consapevolezza della realtà quale essa è. Concedersi l'avventura del vuoto, scegliere di non opporsi alla solitudine e alle sensazioni di angoscia e sgomento che scatena, è una sfida coraggiosa e dura ma assolutamente indispensabile all'affermazione della propria personalità, essendo il vuoto metaforicamente il ponte da attraversare per procedere dallo stato paralizzante e deprimente della personalità a quello attivo, emotivo ed espressivo.

L'ispirazione, la genialità, l'impulso creativo, nel loro realizzarsi, prevedono delle fasi di blocco e frustrazione che, nonostante l'implicito tormento, rappresentano la condizione necessaria alla trasformazione, lo stimolo indispensabile per accantonare vecchie abitudini e sperimentare il nuovo.

Inventare, dunque, non significa solamente trasformare, ma anche trasformarsi: non si può inventare rimanendo come prima. I nostri emisferi, destro e sinistro, lavorano utilizzando due linguaggi diversi, quello digitale e quello analogico; la creatività comporta integrazione fra questi due linguaggi, e se l'invenzione modifica il mondo esterno, l'inventare modifica quello interno.

La creatività è un'attività che richiede di essere coltivata; nell'invenzione partecipa non solo il sentire, ma anche il pensare e per questo i sogni non sono invenzioni vere e proprie. Spesso si attribuisce ai bambini una capacità creativa, ma questo in realtà dipende da un'incapacità: il bambino inventa così facilmente perché non ha un linguaggio digitale così sviluppato, con il peso che ciò comporta in termini di significato esatto e complesso delle parole, e inventa quindi facilmente cose semplici. Così nella comunicazione essere creativi significa, in pratica, prendersi il rischio di dire qualcosa di nuovo; la creatività è gioco.

Una comunicazione creativa è pericolosa, in quanto espone al rischio di fare brutte figure: d'altra parte c'è sempre la possibilità di buoni

risultati, e la gratificazione narcisistica è un incentivo. Il narcisismo, infatti, entro certi limiti, è un bisogno fondamentale. Diventa patologico se si trascorresse la giornata davanti allo specchio, ma evidentemente non lo è di per sé il bisogno di piacersi. Gli esseri umani non sono completamente autonomi: cercare lo specchio negli occhi degli altri è un comportamento entro certi limiti normale. Almeno un minimo di gratificazione narcisistica è fondamentale.

In questo senso, quando si crea è come se l'anima si nutrisse, e a volte è l'unico nutrimento che veramente l'anima accetta: anche le gratificazioni narcisistiche più forti, la fama, la gloria, il successo, in definitiva vanno e vengono, mentre il piacere di creare lascia l'anima soddisfatta in maniera profonda. Si parla di creazione quando si raggiunge valore, e la creazione è dunque strada verso il valore: uno dei valori umani è la bellezza. La creatività non è dunque una dote, che qualcuno ha e qualcuno no, non dipende dalla personalità del soggetto: è piuttosto una situazione in cui uno si può mettere o non mettere. Mettersi richiede un certo sforzo, poiché bisogna mantenere dentro di sé la tensione creativa e sopportarla: non si può essere creativi senza una tensione interna.

Ci sono sempre contemporaneamente istanze formali e istanze contenutistiche, si ha un desiderio e si ha bisogno di dargli forma: la tensione fra questi due poli è l'inesauribile motore della creatività. Se non si regge questa tensione, e per stare in pace si sopprime una delle due parti in gioco, viene a cedere la possibilità di creare. Per diventare creativi bisogna imparare a sopportare e a trovare piacevole, affascinante, appassionante questa tensione: così la comunicazione diventa un pochino più viva e la vita un po' più interessante.

Il concetto di "creatività" è altresì legato intrinsecamente alla teoria dello sviluppo; l'essere umano cresce ed evolve attraverso un processo di adattamento creativo all'ambiente: introietta alimenti, regole, idee, principi per poi distruggerli, rielaborandoli e assimilandoli secondo la sua personalità. Questa visione di ispirazione esistenzialista scardina la concezione dell'uomo subordinato agli impulsi dell'inconscio e lo colloca in una posizione di centralità e potere; l'auto-consapevolezza e il contatto con sé, gli altri e gli eventi lo rendono attivo e reattivo; egli diviene, malgrado ogni

pressione esterna, artefice della propria vita o, secondo un detto brasiliano, "alchimista della propria esistenza".

Processo Creativo

Quello creativo non è un processo lineare, bensì un processo di quelli che le nuove frontiere della matematica definiscono "caotici": processi dei quali si conoscono le regole generali di funzionamento, che possono essere anche molto semplici, ma che producono risultati sui quali non si possono fare previsioni deterministiche (Schuldborg, 1999; 2007).

Qui daremo una breve descrizione di alcune, chiamiamole, "regole generali" della creatività a partire dal modo in cui l'esperienza artistica si declina nel processo arte-terapeutico.

Possiamo individuare (Pitruzzella, 2008, 23-24) quattro principali fasi del processo, che chiameremo:

- *Training*: è la fase in cui si inizia a prendere contatto con gli strumenti e i linguaggi, e con le proprie capacità espressive. Si tratta di una sorta di incoraggiamento a sperimentare con i linguaggi, cercando la propria particolare dimensione espressiva. Nei contesti di gruppo spesso è presentata in forma di gioco, cosa che consente di lavorare allo stesso tempo sulle relazioni interpersonali e sulla collaborazione.
- *Improvvisazione*: è la fase in cui le acquisizioni della prima fase vengono utilizzate per sperimentare, individualmente e in gruppo, l'immediatezza del processo creativo, sperimentazione che a sua volta ha la funzione di affinare e rendere più consapevoli le modalità espressive che si vanno costruendo. "È il luogo in cui la persona si manifesta, attraverso la mediazione metaforica del linguaggio espressivo, e ricerca attivamente nuove forme e nuovi significati, anche attraverso l'interazione con gli altri e con il conduttore".
- *Composizione*: è la fase in cui gli strumenti costruiti nel processo e l'attitudine creativa acquisita si fanno progetto espressivo intenzionale, che può implicare uno sguardo altro per essere legittimato. Essa "prevede l'individuazione e l'esplicitazione di un'idea, e la ricerca dei mezzi più adeguati per esprimerla.

In essa il registro della spontaneità s'intreccia con quello della consapevolezza, e la necessità di comunicare assume un grande risalto”.

- *Rielaborazione*: è la fase in cui il processo si conclude e l'esperienza viene condivisa, analizzata e valutata, riattraversata e celebrata, attribuendo ad essa un senso che la riconnette al processo creativo e al riconoscimento della creatività personale dei partecipanti. Essa “può esser attuata attraverso la parola, o attraverso momenti d'incontro ritualizzati che utilizzano forme di comunicazione simbolica”.

Tali fasi non si susseguono necessariamente in questo ordine: esse si possono alternare in modo diverso secondo il percorso e i bisogni emergenti. Di più: ogni fase contiene in sé l'intero processo, e in ogni fase agiscono e interagiscono elementi diversi. Tali elementi afferiscono tanto all'area dell'ispirazione quanto a quella dell'elaborazione, a livello razionale e irrazionale, alla coscienza e all'inconscio, all'emisfero destro e a quello sinistro del cervello.

Abbiamo definito gli elementi che entrano in connessione nel processo creativo con i concetti di immaginazione, ascolto interno, spontaneità e produttività (Pitruzzella, 2008).

Essi sono capacità che ciascuno di noi potenzialmente possiede, e che normalmente, negli altri campi della nostra esperienza, restano separate.

- *Immaginazione* è la capacità di giocare con le immagini, non ha solo a che vedere con la fantasia, ma rappresenta un modo un po' speciale di rappresentare la realtà di tutti i giorni.
- Per *ascolto interno* si intende la capacità di ascoltare i messaggi provenienti dal mondo interno: entrare in contatto con i nostri sentimenti, emozioni e affetti.
- La *spontaneità* è legata con l'azione (quindi con il corpo), con l'energia vitale, con l'immediatezza e con la motivazione.
- *Produttività* significa capacità di condurre l'azione verso un risultato: “trasformare una potenzialità in un progetto e in oggetto/evento vivibile e condivisibile”.

Il processo creativo è quello che mette in connessione i diversi elementi, che sono fra loro complementari, contrari o contraddittori. Esso

rende possibile l'armonia tra tensioni opposte. Ciò deriva dal fatto che al cuore del processo creativo c'è un dialogo costante tra i due mondi entro i quali si dipana la nostra esperienza: interno ed esterno. Il gioco di questi elementi, il loro squilibrarsi e riequilibrarsi, il continuo attraversamento dei livelli dell'esperienza, è ciò che rende il processo creativo un processo dinamico.

La voce, l'aria, il respiro come creatività del proprio sé. La voce è vibrazione, è suono prodotto dall'incontro dell'aria con il nostro organismo fonatorio (corpo); è un canale di comunicazione tra esterno e interno, grazie ad essa l'aria viene trasformata e plasmata. “L'ascolto del respiro ci permette di fare esperienza delle dimensioni dello spazio e del tempo; degli spazi interni, cavità che si aprono e che si chiudono, che vibrano, che si dispongono a risuonare; degli spazi esterni che si fanno più vicini e più lontani. E del tempo scandito dal ritmo, come pulsazione, o meglio pulsione, rilancio verso il proseguimento, verso il nascere di un nuovo respiro” (Basili, 2008).

Il qui e ora della voce

Tutto quello che ha a che fare con il suono della voce o con il suono in sé, presuppone un ascolto, ma anche la persona stessa che si ascolta anche se questo risulta più difficile e inusuale. Anche in questo caso occorre una particolare capacità di auto-osservazione e di presenza di sé a cui diamo il nome di consapevolezza. In Gestalt la consapevolezza e quindi l'attenzione costante rivolta al presente del proprio stato psico-fisico-corporeo è la condizione primaria e fondamentale per affrontare un percorso di auto-conoscenza e di liberazione interiore. Ascoltarsi, riascoltarsi, farsi ascoltare, presuppone una ricerca percettiva e di attenzione che passa attraverso il suono e la voce. “I suoni comunicano una possibilità di un discorso ogni volta presente e attivo e ogni volta nuovo”. I suoni sono vivibili e udibili al presente, evocano, ora, quel dolore sommerso, quel tormento lontano nel tempo, quel gemito sottostante che si ridesta e parla al presente di un evento passato. Il suono, la voce, rimandano a frammenti di esperienze passate restituite al presente sotto forma di “tracce” sonore non ancora codificate,

che costituiscono “l’ordito sonoro di un discorso a venire”, non ancora legato a contenuti e significanti, ma che è pura evocazione di un “altro” discorso “fonosimbolico”, nel quale si esprime o si organizza un campo di emozioni che le parole non hanno saputo contenere.

Quell’andare “oltre le parole” di cui parlava Pearls, significa proprio esercitare la capacità di sintonizzarsi nel “qui e ora” della voce e dei suoni con quell’“altrove pre-verbale, non rappresentabile o non ancora rappresentabile verbalmente, affinché l’inaudito diventi udibile” (Benedetto, p. 58). È interessante notare come lo stesso verbo “sentire” evochi più percezioni (olfattiva, uditiva, tattile), oltre che lo stato generale della persona, infatti: “un soggetto si sente: è questa la sua proprietà e la sua definizione. Vale a dire, si ode, si vede, si tocca, si gusta etc e si pensa o si rappresenta, si avvicina e si allontana da sé”. “È il suo contatto con la fonte segreta della soggettività a farne testimonianza del “tono vitale”, della “qualità intima”, a tradurre in metafora sonora il calore o il gelo di quel vento interiore, di quell’anima che risuona nelle parole della lingua. La Voce “viene”, insorge, senza che la coscienza voglia, o chiami: è la coscienza a venir chiamata e formata nella risonanza” (p. 52).

L’approccio gestaltico, potendo lavorare su vari piani di mediazione (fantasia, immagini, postura, voce, drammatizzazione, video e foto), permette un ampio viaggio esplorativo che coinvolge voce, corpo ed emozioni, consentendo alla persona di scoprire lentamente il modo in cui i propri bisogni “emergono, vengono frustrati e soddisfatti” (Clarkson, p. 20) e dove invece affiorano lacune e vuoti. Lavorando nello specifico con i suoni, con la voce ed il respiro è possibile favorire uno scioglimento delle tensioni corporee e nello stesso tempo consentire alla persona di sperimentare la propria capacità creativa ed espressiva esplorando, anche nell’ascolto, la dimensione sonora del suo dire.

Ristabilire il contatto con la propria voce e quindi con il proprio corpo significherà riconquistare uno spazio intimo e unico dove riconoscersi e riascoltare la propria storia “sonora”, con le sue tensioni e cedimenti, con i suoi buchi e resistenze per riappropriarsi anche della propria voce che prenderà ogni volta la

forma sonora del proprio “stare in sé” nel qui e ora di quella situazione, facendo tesoro della situazione acquisita.

MUSICOTERAPIA E GESTALT NELLA TOSSICODIPENDENZA

La tossicodipendenza e la Musicoterapia

Nel trattamento della tossicodipendenza esistono due campi di applicazioni terapeutiche relative alla Riabilitazione e alla Prevenzione.

La musicoterapia viene applicata in entrambi gli ambiti. Per ciò che concerne l’ambito della prevenzione, viene utilizzata per aggregare i disagiati, canalizzare l’aggressività e contenere i ragazzi che altrimenti sarebbero sulla strada. Ma ciò che a noi interessa maggiormente è l’ambito riabilitativo e terapeutico.

Dal momento che abbiamo parlato della biomusica, citerò per prima l’esperienza italiana di Mario Corradini, il suo fondatore (ripresa dal sito ufficiale www.biomusica.com), effettuata nelle comunità residenziali, nella riabilitazione di persone con problemi di tossicodipendenza (Centro Italiano di Solidarietà di Roma).

Il lavoro è stato fatto con gruppi di 15 volontari (quasi tutti con diversi anni di eroina), durante 75 minuti al giorno, in periodi di una settimana ogni gruppo. Agli incontri partecipavano gli operatori della comunità.

In ogni incontro si rispettava il seguente schema:

- attività ludico-musicali (25 minuti),
- esercizi ed esperienze con il suono (25 minuti),
- momenti riflessivi (25 minuti).

Secondo Mario Corradini, alcuni fattori, quali il fatto che i ragazzi rimanessero in comunità, che non si drogassero e fossero sostenuti e seguiti in gruppi che sviluppavano diversi programmi, hanno favorito la riuscita.

I risultati verificati sono stati il miglioramento nell’aspetto comportamentale, l’aumento della predisposizione al lavoro su di sé (fondamentale nelle comunità di questo tipo), la minore aggressività, l’aumento dell’autostima, la diminuzione delle difese e maggiore disponibilità al dialogo, il migliore atteggiamento verso la socializzazione, la maggiore disponibilità verso la condivisione nel gruppo dei vissuti più intimi.

In Italia, molte comunità e Ser.T. utilizzano il Modello Benenzon per la prevenzione e la riabilitazione dei tossicodipendenti.

Un primo esempio è la comunità Arcobaleno di Lecce, che si pone gli obiettivi di ricostruire un'identità e una storia personale; favorire l'espressione globale attraverso il corpo; utilizzare la musica come momento di coesione nel gruppo; stimolare la fantasia, la creatività e la fiducia in se stessi; favorire il reinserimento del soggetto in ambito sociale; produrre rilassamento; sviluppare consapevolezza e autocontrollo.

Un altro esempio lo troviamo nella casa di cura per disturbi psichici di Villa Igea a Modena (pazienti con doppia diagnosi, tossicodipendenza secondaria).

Anche l'ASL di Milano 2 utilizza la musicoterapia all'interno di progetti per la tossicodipendenza e non è l'unica Unità operativa. I progetti musico terapeutici con i tossicodipendenti sembrano aumentare di anno in anno anche nel nostro paese.

All'estero, Hakvoort e Dijkstra (2007) hanno effettuato una ricerca sui vari studi eseguiti nel settore, con l'obiettivo sia di informare sulla cura delle tossicodipendenze mediante la terapia musicale, sia di ispirare a partecipare al dibattito e alla ricerca sul tema dell'efficacia del trattamento improntato alla musicoterapia nella cura della dipendenza.

Secondo la ricerca effettuata dalle autrici, gli studi precedenti hanno riportato i seguenti risultati:

- Ward, nel 1996, dimostrò che la musica aumenta l'autostima e che può aiutare nella focalizzazione dell'attenzione.
- La ricerca condotta da Hammer Skaggs (1997) ha dimostrato che l'immaginario guidato e la musica hanno avuto un influsso positivo nella riduzione auto-percepita dei livelli di stress e dell'ansia nei tossicodipendenti.
- Winkelman ha pubblicato un articolo nel 2003 in cui suggerisce che il ritmo e il suono della batteria e dei tamburi hanno influenza sul cervello per ciò che concerne la sincronizzazione delle onde cerebrali. Sono state inoltre rilevate la diminuzione dei traumi emotivi, dell'egoismo, dell'isolamento e dell'alienazione, a favore della creazione di sentimenti di appartenenza e di coesione.

- Dalla ricerca quantitativa di Silverman, pubblicata nel 2003, con i clienti di sesso femminile in trattamento a lungo termine per problemi di dipendenza, è emerso che la musicoterapia è indicata soprattutto per recuperare uno stato di relax e per diminuire il discontrollo degli impulsi.
- Zhu, Cadet, Salamon e Mantione hanno pubblicato un articolo nel 2004 in cui hanno dimostrato che la musica modifica il livello di oppiacei naturali nel sangue umano durante l'ascolto musicale. A causa di queste modifiche le persone si sentivano più tranquille e la loro pressione sanguigna si abbassava notevolmente.

Le stesse autrici affermano, in un'ulteriore ricerca, che la musicoterapia può aiutare i clienti che soffrono di dipendenza a (ri)conquistare le strategie di coping. La musica offre la possibilità di agire in modo strutturato, giocoso all'interno di un ambiente sicuro. Il musicoterapeuta è in grado di manipolare le situazioni musicalmente per fornire il giusto confronto di esperienze, in modo che il paziente sia in grado di ottenere informazioni e di poter sperimentare gli stili e le strategie di coping.

Durante la terapia con la musica, i clienti si trovano in situazioni che presentano analogie con la loro vita quotidiana. Tuttavia, il contesto musicale la rende distintamente diversa. Questo aiuta il paziente a riconsiderare la propria condizione e a prenderne distanza emotiva. Il compito del terapeuta è di promuovere attraverso la musica l'applicazione delle nuove strategie di coping in situazioni che altrimenti potrebbero far scattare l'abuso di sostanze.

Marko Punkanen scrive nel suo articolo dei suggerimenti su come integrare la musicoterapia nelle pratiche correnti di riabilitazione dalla droga, basati sui risultati della ricerca (2006) in cui ha intervistato quattro musicoterapeuti finlandesi che hanno lavorato nella riabilitazione dalla droga per molti anni. Il ruolo centrale della musicoterapia sembra essere la riduzione dei sintomi e la stabilizzazione.

Nella fase acuta del trattamento si dovrebbe cercare di sostenere i sentimenti di relax e di sicurezza del paziente. Uno degli obiettivi della terapia di gruppo musicale è quello di supportare le relazioni sociali tra i clienti. Nella fase di follow-up è fondamentale dividere le esperienze

musicali su tre livelli: sensomotorie, emozionali e cognitive, lavorando con il corpo, con le emozioni e con le convinzioni di un cliente.

In Iran, è stata fondata un'associazione di musicoterapeuti che, negli ultimi cinque anni, hanno iniziato a studiare scientificamente la musicoterapia. Abdollahnejad, autore di ricerche in questo paese, afferma che i tossicodipendenti, in conformità con il loro stile di vita, applicano meccanismi di difesa come la razionalizzazione, manipolazione, negazione e la menzogna. Tali meccanismi di difesa possono causare la difficoltà nel riconoscere ed esprimere le emozioni e i sentimenti. La musicoterapia ha dimostrato di essere un metodo più efficace nel trattare con tali difese.

L'esperienza creativa della musicoterapia può essere applicata per eliminare i conflitti emotivi e blocchi interiori, che rappresentano un ostacolo verso il cambiamento e la crescita.

L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di aiutare i tossicodipendenti, residenti in una comunità terapeutica di Teheran, ad esprimere i loro sentimenti e le emozioni mediante l'applicazione dell'analisi del testo musicale e della condivisione dopo l'ascolto musicale, tenendo conto del fatto che la stessa tecnica è stata utilizzata con successo e con esperienza in altri paesi. Per concludere, la musicoterapia si è rivelata uno dei migliori interventi terapeutici nella comunità.

È importante considerare anche gli aspetti nocivi della musica, infatti nello studio effettuato da Horesh (2003) è emerso che la musica riveste una componente importante nella vita dei tossicodipendenti. Per alcuni la musica ha rivestito una parte significativa nella loro autodistruttività. Molti affermano di aver perso il controllo sulle proprie emozioni e sul comportamento dopo l'ascolto di musica.

Lo studio è stato effettuato all'interno di una comunità terapeutica in Israele ed aveva lo scopo di contenere le emozioni, i ricordi e le storie di vita attraverso l'utilizzo della musica, cercando di discutere, negoziare e ri-valutare il loro rapporto con questa.

Kohut e Levarie hanno affermato che *"L'ascoltatore e la musica diventano "uno" emotivamente"*, non distinguendo se stesso dal

mondo esterno e regredendo ad uno stato precoce dell'io (Kohut e Levarie, 1950).

Ascoltare la musica implica delle funzioni. Infatti, la musica è spesso una componente inseparabile dell'assunzione di droghe, venendo utilizzata come un mezzo di fuga o per definire la propria identità.

Nella ricerca è stato confermato che per molti tossicodipendenti la musica ha un forte potenziale distruttivo. Se ne può abusare, come la droga. Nonostante ciò, rimane la convinzione che la musica abbia un potenziale per guarire. In questo senso, il recupero dei tossicodipendenti veniva effettuato tramite l'ascolto della loro musica preferita, iniziando ad inserire la musica nella loro vita come una fonte di divertimento e arricchimento, anziché di distruzione.

La tossicodipendenza e la Gestalt

Prima di entrare nello specifico, vorrei fare una breve introduzione su come la gestalt concepisce il rapporto individuo-ambiente, vista l'importanza che questo riveste nella tossicodipendenza. Il "focus" della novità di Pearls sta nella prospettiva secondo la quale individuo e società non sono più visti come entità a sé, ma come parti di una stessa unità in reciproca interazione.

La tensione che può esistere tra di esse non è pertanto vista come insolubile conflitto, ma quale necessario movimento all'interno di un campo che tende all'integrazione e alla crescita.

In un approccio genuinamente gestaltico risulta fondamentale la contestualizzazione di queste due parti del campo globale. In effetti, uno dei motivi per cui il rapporto individuo/società è stato pensato come contrasto inconciliabile consiste proprio nell'aver considerato questi due elementi come delle pure astrazioni: pensare alla società come ad un'organizzazione che pone delle richieste avulse dai bisogni dell'individuo che lo compongono e all'individuo come ad un soggetto isolato che ha esigenze irrisolvibili nel vivere civile risponde ad un processo di estrapolazione dal concreto campo percettivo e fisico in cui i due termini della polarità affettivamente si trovano. Una richiesta astratta è sempre inassolvibile. Ogni conflitto va affrontato nel "qui e ora" della situazione,

perché solo nella specificità di un contesto è possibile trovare situazioni “reali”.

Contestualizzare è quindi l'opposto di ogni contrapposizione astratta e di conseguenza poco integrabile. Ogni bisogno in questa prospettiva diventa una funzione del rapporto organismo/ambiente. Alla necessità della modalità dell'introduzione, e pertanto dell'istanza del Super Io, la psicoterapia della Gestalt sostituisce l'assoluta priorità della relazione come luogo dell'adattamento creativo, in cui i bisogni individuali e quelli comunitari vengono integrati senza il sacrificio “a priori” di nessuno. Perls, quindi, pur condividendo con Freud il rifiuto della repressione come modalità di risoluzione del conflitto individuo/comunità, non concorda con lui circa la necessità della sublimazione, proponendo in alternativa la via dell'adattamento creativo. La crescita dell'individuo dipende dalla qualità dei contatti che egli stabilisce progressivamente con il proprio ambiente. Tale qualità a propria volta è relativa alla misura in cui il sé dell'individuo riesce ad individuare il proprio bisogno e a orientarsi verso una parte dell'ambiente che può soddisfarlo. Ma a questo punto l'individuo ha bisogno di attingere alla propria capacità aggressiva per afferrare questa parte di ambiente, “morderla”, destrutturarla, poi lasciarla entrare dentro, perdendo per un attimo i confini tra sé e ambiente, e infine separarsi da essa, facendo diventare sfondo ciò che prima era figura. La forza aggressiva con cui l'individuo approccia l'ambiente e il modo in cui egli assimila ogni nuova esperienza nella gestalt delle precedenti esperienze esprimono la sua creatività. In questo senso è la “forza della fragilità”, quella che ci resta all'inizio di questo millennio, la prospettiva della forza che sta proprio nella nostra debolezza accolta ed offerta, nel limite assunto come orizzonte privilegiato dell'incontro.

Approccio creativo al recupero dei tossicodipendenti

La psicologia di comunità nasce negli USA anni '60; in Italia si assiste allo sviluppo del fenomeno solo dieci anni dopo. In particolare, in Italia si assiste ad un'innovazione legislativa (legge 180 sull'assistenza psichiatrica) che pone l'urgenza di “pensare” e, quindi, “creare” una forma di

intervento usufruibile da coloro che fino a quel momento non avevano avuto né voce, né spazio, né tempo per esprimersi.

Questo ha portato alla ricerca di soluzioni che migliorassero la qualità della vita di questo tipo di persone. In questo senso l'obiettivo della psicologia di comunità è quello di promuovere le capacità individuali di coping (affrontare attivamente le proprie situazioni di vita) e le competenze della comunità (senso di comunità, sentire di far parte e di essere interdipendente; sostegno sociale; supporto emotivo) attraverso il coinvolgimento e la partecipazione del singolo come facente parte di un gruppo.

In quest'ottica, il benessere è quindi considerato come un accordo psico-sociale fra le richieste del sistema e la capacità individuale di elaborare un programma/strategia vincente per far fronte alle stesse.

Una delle strategie della psicologia di comunità è la prevenzione, di cui si può parlare a tre livelli:

- *primaria*: cerca di ridurre le possibilità di disagio in una popolazione a rischio;
- *secondaria*: cerca di diminuire la durata, la diffusione e il contagio in una popolazione più penetrata (cura);
- *terziaria*: cerca di attenuare le conseguenze del disagio in coloro che già l'hanno avuto (riabilitazione).

Per comprendere meglio l'intervento riabilitativo rivolto ai tossicodipendenti sono fondamentali alcuni concetti della psicologia della comunità, tra cui quelli di:

- *rete sociale*: insieme dei legami che una persona o un sistema stringe al suo interno;
- *sostegno sociale*: supporto emotivo, interpersonale e materiale che ci si può scambiare all'interno di una rete;
- *stress*: reazione non specifica del sistema neurovegetativo ed endocrino di fronte a situazioni nuove che richiedono un adattamento.

Secondo il DSM la tossicodipendenza è intesa come un disturbo da uso di sostanze. Per individuare gli aspetti patologici di una sostanza bisogna tenere conto della tolleranza e, in caso di interruzione, da una spiacevole sindrome di astinenza.

Numerosi studi psico-sociologici del fenomeno tossicodipendenza ne hanno evidenziato le seguenti caratteristiche:

- il fenomeno colpisce i giovani, a titolo di rifiuto della società e ricerca di un gruppo di pari in virtù di un'identità collettiva;
- il ruolo della famiglia destrutturata: carenze dei genitori, alcolismo, rottura tra generazioni, non hanno garantito un ruolo di strutturazione della personalità;
- il livello carente può essere più nascosto e può riguardare la sfera psicologica;
- il ruolo delle carenze sociali: ciò che la famiglia non ha dato; gli strumenti sociali di integrazione (scuola interrotta, residenza instabile, perdita delle relazioni interpersonali).

Recentemente sono sempre più frequenti i casi definiti di “doppia diagnosi”, cioè persone che oltre ad avere un problema tossicomane, presentano una patologia psichica; il fenomeno sembra essere evoluto poiché il tossicodipendente non sembra più derivare da un ambiente sociale destrutturato.

L'obiettivo che caratterizza la vita all'interno di una Comunità Terapeutica è quello di permettere di vivere insieme esperienze comuni, salvaguardando l'individualità di ognuno. Da questo punto di vista diventa fondamentale anche che lo spazio sia quello ottimale, sia per l'individuo che per il gruppo, in modo da vivere e da godere di uno spazio privato che non significhi essere esclusi o escludere e contemporaneamente non conduca alla simbiosi o alla fusione.

La Comunità essendo una struttura retta da norme precise che rappresentano i parametri entro i quali avviene l'intervento educativo e riabilitativo assicura questo aspetto.

Il periodo strettamente comunitario è preceduto da un percorso di “accoglienza”, finalizzato ai seguenti obiettivi:

- disintossicazione da sostanze stupefacenti,
- conoscenza approfondita della situazione medica e legale,
- verifica del grado di adattamento alla persona,
- aggancio con la famiglia di origine,
- valutazione psicologica generale del soggetto.

Gli strumenti terapeutici utilizzati sono vari: colloqui, gruppi, laboratori, tecniche espressive e creative e tutte quelle attività lavorative e ludiche che contengono aspetti terapeutico-educativi.

È importante ricordare come il contesto storico-culturale attuale sia caratterizzato da una società narcisistica con fobia di affidarsi, dovuta all'assenza di un punto di riferimento e come questo sia fondamentale nell'interazione con i tossicodipendenti.

Il lavoro terapeutico, inoltre, richiede e agevola una rivisitazione delle dinamiche parentali e dei rapporti con la famiglia. Ultima fase del percorso riabilitativo è il “reinserimento sociale” dove ad una progressiva elaborazione del distacco della comunità, si assiste al consolidarsi ad un processo di autonomia e indipendenza che passa attraverso la creazione di una rete sociale di supporto esterna (lavoro, amicizie, famiglia, interessi).

Importante e significativo, il lavoro su di sé che ogni operatore, impegnato nel progetto, porta avanti in contemporanea con il lavoro fatto su se stessi dai tossicodipendenti; cioè sedute di supervisione individuali e di gruppo e lavoro in sede psicoterapica.

“Nel modello Gestaltico comunitario, ritroviamo una visione olistica, si tiene presente dell'aspetto processuale globale, si interviene nel qui e ora della relazione, su tutti i livelli di funzionamento della persona (cognitivo, corporeo, emotivo, esistenziale), guardando ciò che è figura in quel momento del processo, per integrarlo con ciò che è nello sfondo” (p. 24-25). Il sintomo viene visto positivamente, come l'adattamento creativo possibile per il soggetto in quel momento della sua vita, quindi non esistono parti malate da proteggere, ma un blocco del contatto emotivo ed esperienziale. Questa visione consente di accogliere il paziente nella sua sofferenza permettendo di vivere un'esperienza di contatti “sani” e riattivando il contatto interrotto.

Alfonso Turano, terapeuta Gestalt, lavora da decenni con i tossicomani e ha sperimentato sia un approccio analitico che uno gestaltico.

La prima esperienza è stata quella analitica che lo portò a lavorare sul transfert e controtransfert, ma la difficoltà incontrata fu quella di mantenere il transfert di volta in volta diverso, a seconda delle proiezioni fatte, e rotto attraverso *acting out* ogni volta che un ruolo attribuito diveniva prevalente. Una seconda difficoltà era nel rifiuto del tossicomane dell'interpretazione.

Il secondo approccio è stato quello della Gestalt e sembra che abbia portato molti risultati positivi, sia nella terapia individuale che di gruppo con genitori dei tossicodipendenti. Sembra che la Gestalt funzioni per la sua capacità di far entrare in contatto con il proprio essere ed il proprio sentire. Infine, l'assunzione delle proprie responsabilità e l'incoraggiamento delle manifestazioni positive sembrano essere efficaci.

Uno degli approcci sperimentali Gestalt nel campo della tossicodipendenza è la danzamovimentoterapia (DMT) Gestalt, sviluppata nel continente americano, in Europa e in altre parti del mondo. Nel nostro paese le prime esperienze, sin dall'inizio presenti anche in ambito istituzionale, risalgono agli anni Settanta. Da quell'epoca molta strada è stata percorsa ad opera di numerose associazioni e scuole di formazione.

La danzamovimentoterapia, che si collega idealmente ad antiche tradizioni nelle quali la danza era un mezzo fondamentale nelle pratiche di guarigione, ripropone negli attuali contesti clinico-sociali le risorse del processo creativo, della danza e del movimento per promuovere l'integrazione psicofisica, relazionale e spirituale, il benessere e la qualità della vita della persona.

Associata di frequente con altre forme di cura, la danzamovimentoterapia trova applicazione nel trattamento di numerosi disturbi psichiatrici, tra cui anche le tossicodipendenze. Nei più diversi contesti pubblici e privati (centri diurni, unità riabilitative, comunità terapeutiche, centri socio-educativi, ospedali, studi professionali, carceri, scuole, consultori...), la danzamovimentoterapia ha trovato terreno fertile per un lavoro basato sull'unità mente-corpo-relazione che incontra immediatamente il bisogno di salute della gente. Nell'applicazione di metodologie prevalentemente non verbali, lo strumento terapeutico consente di entrare in un rapporto autentico e diretto con chi ha sviluppato, a livello relazionale, una patologia più o meno esplicita, più o meno grave.

La DMT viene definita dall'Associazione Italiana Danzamovimentoterapia come una modalità specifica di trattamento di una pluralità di manifestazioni della patologia psichica, somatica e relazionale, ma anche una positiva possibilità di

ricerca del benessere e di formazione personale e sociale.

Uno degli elementi caratterizzanti la DMT Gestalt è l'attenzione che pone a come le persone, attraverso l'espressione corporea, stabiliscono-non stabiliscono, evitano-vivono il contatto con se stessi, con gli altri e con l'ambiente e come le persone arrivano ad una esplorazione dei propri confini conoscitivi ed emotivi e il loro possibile ampliamento. Un altro elemento importante è costituito dal tenere conto di come le persone ri-scoprono e utilizzano l'energia vitale, bagaglio innato di ogni individuo. Questo tipo di esperienza rinforza nel tossicodipendente la propria autostima, e questo si è attuato a vari livelli (ristrutturazione del proprio sé, recupero della propria immagine psico-corporea; capacità progettuale).

Il percorso non sempre si presenta semplice, ma si è trovato supporto nelle sedute di supervisione individuale e di gruppo.

Per concludere alcuni elementi della DMT che si sono rivelati efficaci:

- Il gruppo inteso come contenitore materno entro cui sentirsi liberi di regredire e come spazio rassicurante nel quale scoprire le proprie potenzialità creative ed espressive. Il tossicodipendente può sperimentare in questo tipo di gruppo una gruppaltà con segno positivo diversa da quella solita legata all'uso di sostanze.
- Il ritmo ottenuto attraverso la percussione del tamburo che, a livello acustico, rinnova l'esperienza del "bagno sonoro" originario. Il ritmo del tamburo è molto simile al battito cardiaco, mentre il ritmo della percussione dà vita a quello che possiamo definire "cuore collettivo". Questo tipo di esperienza consente di provare la sensazione di far parte di un tutto a cui si lega il senso di identità e di partecipazione.
- Il rapporto con la terra (simbolicamente la madre) è il tramite attraverso il quale la persona radica il suo corpo a terra e in tal modo acquistano forza e sicurezza i gesti e i movimenti ripetuti e depurati dell'inutile, del superfluo; per arrivare ad una "estetica" personale e gruppale, la voce come mezzo di comunicazione conduttore-partecipante evoca la relazione circolare madre-bambino e facilita la strutturazione del soggetto come nel là e allora accadeva nel rapporto madre-bambino.

Questi elementi sono strutturati all'interno di un processo che rimanda ad un ordine simbolico in grado di dare, attraverso l'attribuzione di significato, uno spessore diverso ad un sé frammentato e incompleto sostenendo una trasformazione qualitativa della persona a livello relazionale e intrapsichico.

ESPERIENZA PERSONALE CON I TOSSICODIPENDENTI

La creatività, la suggestione della Gestalt permettono di inserire all'interno della terapia varie tecniche e modalità di esecuzione espressive e creative (voce, movimento, danza, scrittura creativa, disegno, teatro) per favorire la focalizzazione del vissuto, consentendo anche l'espressione delle varie personalità e competenze dei terapeuti. Queste risorse variano a seconda degli psicoterapeuti, che spesso fanno congiungere con la Psicoterapia della Gestalt un proprio stile personale, fondato nella propria sensibilità artistica o creativa. Andiamo adesso ad approfondire ciò che più si avvicina al lavoro che andrò a svolgere: la Gestalt Voice.

Gestalt Voice o Canto Gestaltico

Il "Canto gestaltico" o "Gestalt Voice" di Rosa Medina, è una modalità psicoterapeutica basata sui principi della Gestalt che si è caratterizzata dall'utilizzo prevalente della voce, il suono e il canto improvvisato.

Il Canto cura l'individuo e il gruppo che canta, così come cura chi ascolta; restituisce potere di espressione all'individuo e ci riconduce alla forma ancestrale della tribù riunita intorno al fuoco, per creare un istante di magica comunione.

Attraverso il suono si possono condividere gioia e/o dolore, creare ordine e armonia, creare una atmosfera di raccoglimento e interiorizzazione profonda. Attraverso il canto possiamo trasformare la realtà.

La musica, infatti, superando i filtri logici e analitici della mente, riesce a entrare direttamente in contatto con i sentimenti e le passioni più profonde e a stimolare la memoria e

l'immaginazione fino a provocare vere e proprie reazioni fisiche.

La vibrazione della nostra voce è capace di smuovere l'energia sottostante e di far riemergere la memoria di vissuti antichi e recenti. Il suono lasciato andare senza il controllo della mente, mediante canti improvvisati o parole senza senso, apre un canale primordiale per l'espressione autentica di sé, provocando spesso lo scioglimento dei nodi emotivi.

La voce diventa, in questa esperienza, uno strumento primordiale di espressione di sé che permette di contattare se stesso cantando.

Come insegna Rosa Medina, questo "non risponde ai criteri estetici, ma ai criteri della propria verità interiore, perciò diventa un canale di pulizia interna che non bisogna di troppe spiegazioni per essere capito".

La Gestalt voice o canto gestaltico ci permette di scoprire cosa ha da dire la propria voce, dando voce al dolore, alla sofferenza, alla tenerezza, all'amore e all'allegria, liberandola di tutti "i non detti", nel qui ed ora.

In gruppo o da soli, il canto può diventare un'attività liberatoria. La voce, infatti, rispecchia le condizioni mentali, fisiche ed emozionali di una persona: è lo specchio dell'anima. Comprendere la propria voce, scoprire come vengono emessi i suoni, è un ottimo modo per imparare a percepire i significati non espressi celati dietro le parole.

Le attività di musicoterapia sono molto utili per chi ritiene di essere stonato. Spesso chi non riesce a intonare bene una sequenza di suoni ha la sensazione che la sua voce sia come bloccata. In questi casi, alcuni semplici esercizi aiutano a liberare la respirazione da tensioni accumulate in seguito a stress fisico o emotivo.

È opportuno infine ricordare quanto la malattia possa alterare la voce, modificarne il timbro, eliminare le modulazioni: voce velata, spezzata dell'ansia, voce atimbrica dello schizofrenico: in questo senso, "ritrovare la voce" significa ricostruire la personalità.

In questo processo sonoro tutto il vissuto personale viene tradotto in un suono, oppure in canti liberi, come se si trattasse di uno spartito espressivo e creativo, che porta, in crescendo, ad una consapevolezza maggiore di sé, che viene in un secondo momento elaborata ed integrata con l'aiuto dello psicoterapeuta.

Questo processo si avvale dell'energia dinamica e contagiosa del gruppo che in Gestalt si rivela come un potente risonatore energetico dei lavori che si sviluppano singolarmente, utile per offrire molteplici rispecchiamenti proiettivi a chi sta immerso nel lavoro. In definitiva il gruppo diviene, in questo modo, uno spazio ricco per la sperimentazione.

Nel caso proprio del gruppo di Canto Gestaltico o Gestalt Voice, gli ingredienti della Gestalt come il contatto, la consapevolezza, la presenza e la responsabilità si trasformano in uno spartito sonoro di valenza significativa. Perciò il materiale da "cantare" è proposto dal vissuto proprio di ogni singola persona (ferite, dolori, affetti, richieste) e sarà compito dello psicoterapeuta ascoltare profondamente e portare alla autenticità dell'espressione il vissuto più profondo, molte volte avvalendosi del proprio canto.

Seguendo l'insegnamento di Patrizia Adami Rook di interagire sul sistema emotivo, cognitivo e comportamentale, i gruppi che descriverò in seguito prendono in considerazione tutte queste componenti, proprio per il coinvolgimento corporeo e l'espressività non verbale.

La vocalità rappresenta il primo evento comunicativo, dove l'essere umano esplode senza utilizzare il tempo del pensare razionale (v. il pianto del bimbo).

Se un soggetto risulta rigido nel suo potenziale espressivo, tale modalità potrebbe essere traumatica all'inizio del percorso, poiché il soggetto si assesterebbe su posizioni difensive.

Il gruppo, in tal senso, sollecita da una parte componenti narcisistiche di performance, ma dall'altra facilita l'impatto diretto con la resistenza. Il gruppo diventa la cassa di risonanza dei suoni e delle emozioni, prendendo corpo come entità che ne delinea l'assetto e lo sviluppo, come sostiene Bion.

A livello psicologico il lavoro sulla voce permette di rafforzare l'io e, aumentando il proprio volume e creando un proprio spazio sonoro, permette di rimodellare il proprio territorio e lo spazio vitale.

Metodo e obiettivi dei gruppi gestalt creativi

Faccio attualmente parte di un'équipe di operatori che svolgono attività in collaborazione

con il Ser.T. di Empoli e, in qualità di psicologa, insieme agli altri miei colleghi, progetto attività da far svolgere ai ragazzi che seguono il progetto terapeutico denominato "Gulliver" con lo scopo di far uscire dalla dipendenza da sostanze chi desidera provarci. All'interno di questo progetto sono previsti ogni anno, nel periodo estivo, nove giorni intensivi di lavoro sulle tematiche legate alle dipendenze.

Essendo specializzanda in Psicoterapia mi è stato proposto di portare attività che prendessero in considerazione l'utilizzo di tecniche legate alla Gestalt. Con la collaborazione della mia collega Inge Carli, abbiamo pensato di lavorare sulle tecniche della "Gestalt Voice". Le attività si sono svolte all'interno di un contesto ambientale (Setting) estremamente favorevole allo svolgersi di questa tecnica. Si tratta infatti di un grande casolare nella campagna toscana, lontano dai rumori cittadini e dalla presenza di altre persone che possono fungere da distrazione rispetto ai lavori. Questi sono elementi molto importanti, perché come spiegherò più avanti, alla base della Gestalt Voice, sta la libera espressione sia nell'intensità che nella durata dei vari suoni legati alle diverse emozioni emerse durante il lavoro stesso.

Talvolta, specialmente il primo giorno, abbiamo utilizzato degli strumenti per diminuire l'impatto del confronto vocale. Gli strumenti di facile utilizzazione si differenziavano nei suoni, consentivano i movimenti, favorivano le relazioni con gli altri strumenti.

Il gruppo era posto in cerchio nella fase iniziale e si muoveva liberamente nella fase successiva, fino a ritornare alla posizione iniziale del cerchio. L'utilizzo della coppia terapeutica è stato utile come contenimento di entrambi i terapeuti, vista l'intensità delle emozioni vissute ed il bisogno di entrare in contatto con le emozioni richieste per facilitare il lavoro ai pazienti. Inoltre, è stato utile per sviluppare riflessioni su ciò che era accaduto. Il ruolo del co-terapeuta è stato necessario a favorire il canale di comunicazione in pazienti con difficoltà, mentre l'altro terapeuta si rivolgeva al gruppo.

Il lavoro si è svolto essenzialmente nei giorni centrali della settimana ed è stato così suddiviso: la mattina io e la mia collega Inge abbiamo lavorato con la Gestalt Voice e nel pomeriggio gli altri due operatori hanno lavorato

sull'elaborazione di ciò che era emerso durante i lavori della mattina.

Il lavoro si è svolto in 4 incontri di circa 2 ore ciascuno.

PRIMO GIORNO

Il primo giorno abbiamo fatto disporre i ragazzi in cerchio, dopodiché abbiamo spiegato che tipo di lavoro saremo andate a svolgere. I ragazzi sono apparsi immediatamente piuttosto interessati e da un feedback iniziale sono emerse principalmente due sensazioni: da una parte un forte timore, legato all'imbarazzo di emettere suoni anche con tonalità intense, dall'altra l'eccitazione di provare cosa si sente nel momento in cui si dà libero sfogo alle sensazioni legate al qui e ora attraverso un suono che le rappresenti il più possibile.

Dopo questo primo momento ci siamo dunque alzati e sempre in cerchio abbiamo chiesto al gruppo di emettere ognuno dei suoni spontanei di lunga durata, in modo che dopo un certo lasso di tempo si sarebbe andato creando il suono del gruppo, una sorta di suono all'unisono. In questo modo, suono e respiro hanno cominciato ad unirsi in modo tale che la voce andasse a rappresentare l'espressione dell'interiorità e dell'esteriorità contemporaneamente, essendo il risultato dell'energia interna in contatto con quella esterna, che arriva attraverso l'aria.

Dato che non è possibile utilizzare il suono senza prima esplorare la nostra cassa di risonanza, cioè il corpo, è stato proposto ai ragazzi di eseguire, mentre camminavano, dei movimenti di contrazione dei muscoli degli anelli principali del corpo: abbiamo dunque cominciato dalla testa, le spalle, l'addome, le pelvi e infine le gambe. Per ogni parte del corpo il movimento è stato esasperato con il suono del tamburo che andava aumentando di momento in momento, dopodiché ognuno rilasciava le tensioni muscolari accompagnandole con un suono.

Questo esercizio ha come scopo quello di far scoprire ai ragazzi le parti del corpo dove maggiore è la tensione accumulata. In effetti, osservando il punto di tensione muscolare a cui arrivavano seguita dalla fase di scioglimento, sentivo con loro la piacevole sensazione del lasciarsi finalmente andare. Alla fine dell'esercizio, quando ogni anello è stato posto sotto tensione e poi rilasciato, è seguita una fase di scioglimento di tutto il corpo data dalla

sensazione di essere attraversati da un trapanino che passando attraverso il corpo scioglie e scompone, mano a mano, tutte le tensioni muscolari.

Successivamente ci siamo rimessi in cerchio a sedere ed abbiamo chiesto di dare un breve feedback a coppie e di fare un disegno di ciò che è stato esperito durante l'esercizio (ognuno ha fatto il disegno di come si è sentito e di come ha visto l'altro).

Una volta terminati i disegni abbiamo chiesto di condividere con il gruppo le sensazioni provate ed i risultati sono stati davvero soddisfacenti. Nei disegni che l'uno faceva dell'altro sono venute fuori coincidenze di un sentire che era proprio dell'altro.

I ragazzi stessi sono rimasti positivamente colpiti da questo, chiamiamolo, "feeling sensoriale". Qualche ragazzo ha fatto notare che in effetti non è poi così difficile capirsi se il piano che si utilizza è quello dell'espressione emozionale del qui e ora, invece che quello dello spiegare e soprattutto del giustificare, criticare e giudicare come ci si sente o come si presuma si senta l'altro. Esprimere: questo è quanto basta quando si parla di emozioni. Quello che viene dopo è un sintonizzarsi il più possibile in quello che sono le nostre sensazioni con quelle che sono dell'altro per scoprire tra somiglianze e differenze dove è possibile aiutarsi e come.

Successivamente abbiamo proposto ai ragazzi di fare un esercizio, sempre a coppie, al fine di sperimentare i suoni del corpo, attraverso un massaggio fatto dal compagno di esercizio. A turno, quindi, l'uno ha massaggiato l'altro, accompagnandolo nell'emissione di suoni, a volte anche bizzarri, quando di piacere, simili a mugolii o fusa di gatto, quando di malessere, simili a ruggiti o ad un lamento, che erano emessi a seconda delle parti stimulate. L'esplorazione della voce può avvenire tramite parole senza senso, suoni strani, suoni di animali, balbettii, gemiti, suoni gutturali, mormorii, sussurri, onomatopee, grida, suoni ritmati, improvvisazioni melodiche, ecc., oppure sperimentando le diverse posizioni della lingua, del palato, delle labbra, della mandibola, della gola.

L'esplorazione della nostra cassa di risonanza è continuata individualmente ad occhi chiusi, ovvero ognuno ha ripetuto l'esercizio in contemporanea con gli altri.

Infine, è stato proposto un esercizio a coppie sul massaggio. Nella vita quotidiana non siamo abituati ad essere “coccolati” e difficilmente riusciamo a comprendere i bisogni dell’Altro.

L’esercizio è stato effettuato a coppie maschio/femmina; precedentemente avevamo svolto un lavoro sul maschile e femminile, per ritrovare le due componenti mascolinità/femminilità nei diversi sessi. Difficilmente i massaggi scambiati tra uomini e donne hanno sfondo sessuale ed esiste una marcata “ignoranza” sulla conoscenza dell’altro sesso. L’esercizio aveva il fine di favorire la capacità di prendersi cura dell’Altro, cercando di comprenderne i bisogni, e quello di favorire la conoscenza dell’altro sesso, senza vederlo inevitabilmente sotto la sfera sessuale. Inoltre, l’esercizio aveva lo scopo di prendere consapevolezza dell’emotività esperita nel prendersi cura dell’Altro e della responsabilità associata, nell’“abbandonarsi” all’Altro “perdendo” il controllo. L’emissione di suoni da parte della persona massaggiata favoriva la comprensione della piacevolezza/spiacevolezza di ciò che stava vivendo. È emersa una notevole difficoltà iniziale dovuta all’imbarazzo, ma nel feedback finale è stata dichiarata una comune sensazione di piacevolezza.

In questo modo i ragazzi hanno potuto scoprire attraverso l’esperienza del contatto corporeo con l’altro che non tutte le parti del corpo producono lo stesso piacere e che ognuno di loro ha parti che preferisce siano toccate ed altre meno. A questo proposito i ragazzi hanno notato quanta difficoltà hanno incontrato quando c’era da massaggiare la parte dei glutei delle ragazze, le quali invece hanno comunicato che è una parte che se massaggiata provoca una piacevole sensazione. Parlando di questa situazione i ragazzi hanno espresso quanto, per motivi che addebitano molto alla cultura odierna, sia disdicevole toccare il fondoschiena di una ragazza con tanta naturalità. Il loro era un imbarazzo legato soprattutto al pregiudizio che se un uomo tocca il sedere ad una ragazza lo fa solo per trarne un piacere di tipo erotico-sessuale. Ciò che però cambia in questo pregiudizio sociale è il contesto. Fin tanto che una cosa viene generalizzata alla totalità delle situazioni è chiaro che nell’ipotesi di poter sbagliare, star fermi è la miglior strategia. Ma una volta contestualizzato quello che stiamo per

andare a fare, e reso sacro sia il momento che il luogo, i ragazzi hanno percepito quanto di naturale ci fosse nel massaggiare anche quella parte del corpo. Questa è stata un’importante scoperta per entrambi i sessi. Da una parte i ragazzi hanno scoperto che è nell’intenzione che sta il significato di un gesto e non nel gesto stesso e, dunque, si son tranquillizzati di non essere animali affamati di sesso in ogni luogo e momento. Dall’altra, le ragazze hanno scoperto quanto possa essere piacevole essere toccate dall’altro sesso senza sentirsi necessariamente e sempre degli oggetti sessuali.

Successivamente, è stato proposto di fare un cammino a ritroso (anche fisicamente) ad occhi chiusi, in cui ognuno doveva esplorare il suono della propria voce (se c’è stata), dal qui ed ora al momento prima della nascita, quasi fossimo delle creature ancestrali, passando attraverso i momenti più significativi della nostra vita. Ciò aveva lo scopo di scoprire la propria identità sonora. Alla fine dell’esercizio abbiamo fatto aprire gli occhi ai ragazzi senza farli smettere e abbiamo creato l’identità sonora del gruppo.

A conclusione della prima giornata di lavoro, è stato nuovamente proposto ai ragazzi di ricreare il suono del gruppo, con feedback successivo.

Sembra che questi ultimi esercizi abbiano notevolmente sviluppato il senso di appartenenza al gruppo.

SECONDO, TERZO E QUARTO GIORNO

Da qui il lavoro è stato svolto rispetto ad un’emozione diversa per ogni giorno: rabbia, dolore, tristezza, gioia.

Inizialmente è stata effettuata una fantasia guidata con lo scopo di facilitare il contatto con l’emozione in oggetto. Alla fine della fantasia, abbiamo chiesto ai ragazzi di fare un disegno su ciò che hanno contattato. Solitamente, hanno rappresentato degli eventi in cui hanno vissuto l’emozione in questione in modo significativo. I disegni venivano legati al collo, al fine di focalizzare meglio l’episodio rappresentato, di visualizzarne i dettagli, cercando di contattare quell’emozione e il proprio vissuto relativo all’evento.

Quando i ragazzi hanno terminato abbiamo chiesto ad ognuno di raccontare dell’episodio e di come in quel momento hanno gestito rispettivamente rabbia, dolore e gioia. I ragazzi hanno espresso i loro vissuti condividendoli con

il gruppo e questo ha permesso a tutti loro di confrontarsi sulla gestione personale di queste emozioni.

È stato chiesto di stare continuamente a contatto con quell'esperienza e, senza perdere il contatto, associare ad esso un suono, accompagnato da un movimento corporeo, come fosse una specie di danza, chiedendosi quale suono abbia, questo episodio, nella propria vita. Siamo quindi passati dallo stare in cerchio a camminare liberamente sul prato circostante, e qui i ragazzi hanno iniziato ad emettere vari tipi di suoni ed ognuno ha dato forma al proprio vissuto. Io e la mia collega di lavoro passavamo con un tamburo sciamanico davanti ai ragazzi, chiedendo uno alla volta di enfatizzare ciò che stavano producendo.

Secondo giorno: la rabbia

Per quanto riguarda il lavoro con la rabbia i suoni emessi sono stati forti sia in intensità che nella durata ed hanno espresso bene quale fosse lo stato d'animo vissuto.

Per enfatizzare i suoni emessi abbiamo inoltre utilizzato frasi, specifiche per ogni ragazzo, che erano venute fuori quando ognuno di loro raccontava la propria esperienza nella rabbia. Frasi come: "non sei buono a nulla", "non vali niente", "nella tua vita non combinerai mai niente di buono" e via dicendo, che hanno mantenuto ed esasperato il contatto del vissuto di quell'emozione nello stato d'animo dei ragazzi. Abbiamo quindi assistito ad una escalation di suoni che sono arrivate fino a diventare quasi bestiali.

Poi, quando abbiamo sentito che erano arrivati alla massima espressione dell'emozione in questione, abbiamo chiesto ai ragazzi di trasformare questa energia in un suono alternativo che ristrutturasse l'esperienza in modo correttivo a livello emozionale, quindi cambiare la forma, la gestalt, dando vita ad un'altra gestalt energeticamente positiva. Per facilitare la ristrutturazione abbiamo chiesto ai ragazzi di immaginare di prendere una distanza emotiva dall'emozione vissuta, cercando di sentire la rabbia che diviene forza. Per quanto riguarda la tristezza ed il dolore, che rappresentano un lutto, abbiamo proposto l'immagine della fenice che risorge dalle proprie ceneri. La cosa straordinaria è stato assistere come da urla di rabbia e visi gonfi di rancore, i ragazzi abbiano trovato senza dirsi niente un

nuovo ritmo che pure penetrava nel corpo ma in modo del tutto nuovo ed estremamente piacevole. L'incredibile è stato che tutti erano ad occhi chiusi quindi non ci sono stati segnali di sguardi o cenni facciali, tutto si è svolto su un piano del sentire, e ad un certo punto tutti hanno cominciato a battere le mani sulle cosce e ad emettere suoni di tipo definirei tribale, come se fossero in una grande tribù. È stato fortemente emozionante vedere con quanta semplicità, certo partorita da una grande fatica, si siano trovati poi tutti su un suono solo ed estremamente piacevole.

A questo punto è stato chiesto ai ragazzi di sdraiarsi e di rimanere a contatto con ciò che si era sviluppato e, successivamente, di disegnare ciò che era stato esperito.

Alla fine, è stato effettuato un feedback sull'esperienza.

Sono stati confrontati i disegni del prima e dopo lavoro, cioè del vissuto della rabbia e di questa stessa trasformata in nuova energia. I ragazzi erano entusiasti nell'aver scoperto che anche un'emozione come la rabbia possa prendere una forma diversa se gestita nel modo buono per ognuno di essi, che tenerla dentro è controproducente, ma che tirarla fuori nel modo sbagliato può essere spesso dannoso per sé e per gli altri. Una nuova piccola strategia che migliora la qualità della vita di ognuno di noi. Certo non sempre alla portata di mano, ma pur sempre utilizzabile una volta trovato il contesto adatto. E in fondo un bosco o una collina deserti non sono così difficili da trovare.

Cantare una situazione o una esperienza non è la stessa cosa che raccontarla, poiché ci mette in contatto con una visione globale dell'esperienza, dando voce a uno o più sentimenti, sensazioni ed emozioni.

Durante questo cammino, il terapeuta accompagna i suoni del gruppo o del singolo, cantando ciò che emerge, ovvero il dolore, la rabbia, la paura. Il terapeuta conosce egli stesso quelle emozioni e può permettere, attraverso il canto a due o più voci, di attraversare le barriere ed entrare a contatto con l'emozione. Il canto si trasformerà, dando vita al vissuto e venendo risituato in una esperienza diversa.

Nei pomeriggi del secondo, terzo e quarto giorno, sono stati ripresi, dagli altri due colleghi i temi sviluppati nelle mattine in modo da

elaborare ciò che era emerso, sia con i suoni e i movimenti che con i disegni.

Questo ciò che è emerso dai ragazzi nella *fase di preparazione* del primo giorno:

- Valentina: emerge intolleranza verso chi non la pensa come lei, un po' come se tutto il mondo girasse intorno a lei.

- Massimo: molto più disponibile a lavorare dello scorso anno (questo emergerà in ogni giornata di lavoro), afferma di voler provare ad affrontare le difficoltà e le responsabilità per crescere e a fare ciò in cui non si sente all'altezza.

- Alice: sente la diversità dall'anno scorso e intende sfruttare a pieno questi giorni. Sembra avere aspettative un po' magiche, quasi come se volesse rivivere le emozioni dello scorso anno. Spera di trovare più morbidezza, prendersela meno, essere più tollerante e ritrovare la sua parte più femminile.

- Giuditta: un po' impaurita dall'idea di passare nove giorni insieme. Scopre l'importanza di rispettare i propri bisogni e di provare a fare ciò per cui non si sente all'altezza.

- Simon: disponibile, rassicura Daniele rispetto ad accogliere le sue difficoltà ed emotività. Spera di ritornare ad essere "buono".

- Daniele: piange anche se non vorrebbe perché si vergogna, soprattutto di Simon. Si sente compresso, ha paura. Vuole imparare a stare bene nel gruppo, a provare piacere a sentirsi a suo agio, essere meno permaloso e lavorare sulla paura di non piacere.

Per quanto riguarda il secondo giorno, dedicato alla *rabbia*:

- Valentina: sentimento di ingiustizia, incomprensione e vergogna tende ad aderire, a chiedere continue conferme; non essendo stata "presa", non esiste, non è vista. Emerge difficoltà nel sentire, come se si chiudesse una porta.

- Massimo: senso di tradimento e disperazione/chiusura. Nel lavoro porta la rabbia verso la madre che non gli riconosce meriti anche quando fa tutto in maniera adeguata, ad esempio quando accudisce il nipote per aiutarla. Emerge consapevolezza della diversità tra sé e la propria famiglia, soprattutto la madre, e il desiderio di occuparsi di sé.

- Alice: sentimento di autosvalutazione e competizione. Si rende conto di essere molto

permalosa e di stizzirsi in modo eccessivo quando viene ripresa; poche parole possono farla cadere nel baratro dell'autosvalutazione e di conseguenza nella competizione continua con qualcuno meglio di lei.

- Giuditta: senso di paranoia territoriale, va nel disgusto quando sente imbarazzo, vergogna e rabbia, si allontana e poi comincia la paranoia. Emerge autosvalutazione, dolore del non essere all'altezza: "non ho nessuna qualità di quelle che hanno gli altri ragazzi".

- Simon: senso di umiliazione, sfida, impotenza e difesa dal predatore. Dolore dell'essere buono e scoperta di come la rabbia può trasformarsi in forza positiva.

- Daniele: senso di colpa e umiliazione, lavoro sul senso di colpa e umiliazione verso i familiari, soprattutto la madre e la nonna. Con la madre ha bisogno di tagliare il cordone ombelicale, quindi vivere la separazione. Ha sentito l'importanza di trasformare la rabbia in forza.

Per quanto riguarda il terzo giorno, dedicato al *dolore* e alla *tristezza*:

- Valentina: lavoro sul non essere vista, presa, da piccola. Ancora difficoltà nel sentire e ad entrare in contatto con il dolore. Solo nella drammatizzazione, finalmente, contatta il suo dolore, ma richiude immediatamente. Ne è sempre più consapevole e chiede di poter lavorare su questo.

- Massimo: in questo lavoro parla con il padre chiedendogli di stargli più vicino, di trovare dei momenti per stare insieme come non è successo quando era piccolo.

- Alice: da un fatto che lei sembra mettere in primo piano emerge lo sfondo, quello che veramente le provoca dolore: essersi bucata. La consapevolezza di questo colpisce Alice come una mazzata e per la prima volta sente il dolore di essersi fatta del male e di essere stata tossicodipendente. È un momento molto intenso e toccante. Alice tenta di svalutare le sue medaglie ma proprio queste vengono enfatizzate, come qualcosa che va continuato nella strada della riabilitazione e della ricerca del valore di sé.

- Giuditta: a differenza del primo giorno, in cui è stata a guardare tutti dall'alto, ha assunto le sembianze del disegno che la rappresentava, cioè il mollusco. Distesa a terra, non riusciva ad alzarsi ma poi, con l'aiuto di tutti, ci è riuscita.

Ognuno l'ha sostenuta su sua richiesta in una parte del corpo. Poi, Giuditta è stata lì, attorniata dai compagni, finalmente a sorridere e a ridere.

- Simon: il lavoro verte sulla drammatizzazione e messa in scena del momento in cui gli fu detto che non poteva più fare canoa. Per Simon è il sogno spezzato, si coinvolge molto, piange. Alla fine dell'elaborazione del dolore scopre la gioia di risentirsi bambino, di giocare con gli aquiloni, essere se stesso con le ragazze tenendosi accanto la paura di mostrarsi, ritrovare la passione nel fare le cose. Torna l'idea di tornare a fare canoa allenando bambini.

- Daniele: il lavoro parte dalla morte del nonno e dal fatto che, da quel momento, ne ha preso il posto accanto alla nonna. Dal lavoro emerge il bisogno di pensare a sé e smettere di tenere conto delle aspettative familiari, abbandonando il posto del nonno.

Infine, il quarto giorno, dedicato alla *gioia*:

Abbiamo voluto elaborare anche la gioia per la difficoltà dei ragazzi di stare in contatto con questa emozione e per la difficoltà di ricordare e fermare le sensazioni piacevoli. Questi ragazzi, per le esperienze di vita che hanno raccolto, mostrano difficoltà anche nel riconoscersi delle qualità positive.

Siamo partite come per gli altri lavori facendo fantasie guidate, disegni e feedback e alla fine il gruppo ha trovato un suono gioioso ed ognuno ha espresso la propria gioia con pittura, suoni cantati e balli. La fine del lavoro ha visto volare aquiloni, quadri dipinti a olio su tela, musica e danze.

Io e la mia collega siamo volute partire dalla rabbia perché abbiamo immaginato che sarebbe stata l'emozione che più avrebbe coinvolto i ragazzi a livello corporeo e di intensità dei suoni emessi. Abbiamo infatti osservato alcune differenze significative nei lavori con le tre emozioni. Mentre con la rabbia le posizioni assunte e i suoni emessi erano molto simili a quelli di animali della giungla, nel dolore i ragazzi hanno tutti assunto posizioni statiche di chiusura e i suoni emessi assomigliavano molto di più a lamenti di bambini abbandonati. Non c'era l'agitazione corporale osservata nella rabbia. Nel dolore anche i movimenti, così come i suoni, si avvicinavano molto più ad atteggiamenti vicini alla morte mentre la rabbia assomigliava molto

più ad un'eruzione, seppur animalesca, di vita. Nel dolore è stato chiesto ai ragazzi di trasformare poi i suoni in energia nuova, come un'araba fenice risorge dalle sue ceneri. In questo lavoro i ragazzi hanno scoperto che anche nel dolore più grande c'è, se ci si concede di stare in ascolto, un piccolo spicchio di energia vitale trasformabile in vita.

A conclusione di questo lavoro potremo dire che ciascuno di noi vive interiormente posizioni estreme e contraddittorie, conflitti che creano tensioni su tutti i piani. Soprattutto a livello inconsapevole si agitano parti di sé non integrate, in continuo contrasto e spesso rinnegate rimosse. I lati positivi e negativi costituiscono il nostro tessuto interiore, dove continuamente prendono vita scontri e processi tra “come siamo” e “come vorremo essere, tra accettazione e rifiuto di noi stessi”.

In questo lavoro di Gestalt Voice si è cercato di non negare le differenze, ma di portare le polarizzazioni, se non ad una riconciliazione, almeno ad un dialogo, cercando proprio di far “parlare” e di “dare voce” e suono a quegli elementi in conflitto, a quelle “figure interiori” emergenti che hanno una voce particolare e un “corpo sonoro”, che colorano e a volte avvelenano la nostra vita creando disagio e sofferenza, spesso perché non se ne vuole accettare la presenza.

In questi quattro giorni abbiamo cercato di lavorare affinché le voci in contrasto si manifestassero in modo chiaro e definito; spesso, infatti, le polarità si creano tra la voce che giudica e colpevolizza e quella che fa la vittima, tra la voce forte e quella debole. Entrare in una di queste polarità dando vita ad un dialogo vero e proprio, caratterizzando quindi ciascuna delle voci, significa per i ragazzi poter sperimentare aspetti diversi del sé, concedendosi di essere l'uno e l'altro, piuttosto che l'uno o l'altro, sperimentando gli opposti senza volerli eliminare. Si è dunque trattato di imparare ad ascoltare fino in fondo ciò che le diverse voci avevano da dire e soprattutto come parlano, con quale tono, timbro, intensità ed energia. Nessuno di noi, né tra i ragazzi, né tra gli operatori, ne è uscito meno arricchito che nel passato.

CONCLUSIONE

Come può tutto ciò far parte della psicoterapia comparata?

Il lavoro con la voce integra molteplici approcci psicoterapeutici, che risaltano il lavoro col corpo, le emozioni e le energie, come la psicoterapia della Gestalt, la Bioenergetica, la danzaterapia, lo psicodramma. Gli interventi del terapeuta sono di tipo gestaltico, con la differenza che al posto di parole, vengono utilizzati i suoni ed il linguaggio corporeo.

Non è necessario ribadire l'importanza della creatività all'interno della Gestalt e tanto meno l'affinità esistente tra arte e psicoterapia.

Comparare significa non rinchiudersi dentro un modello e, per ciò che mi concerne, anche sperimentarsi all'interno della terapia. Nella Gestalt è fondamentale la variabile del conduttore, le sue esperienze di vita e le sue doti creative e sceniche. Il conduttore riporta se stesso all'interno della terapia, con i suoi interessi e le sue capacità. Non potevo per questo prescindere da ciò che riguarda il canto e la sonorità. Ciò che cerco di fare è di sfruttare un canale comunicativo che a me appartiene, considerandone anche la potenza che riveste.

L'esplorazione del suono, accompagnata o no dal movimento del corpo, permette di sperimentare un'infinità di sensazioni ed emozioni, che possono sfociare in esplosioni catartiche di emozioni latenti o inesprese. Questa fase permette l'integrazione e il riequilibrio delle parti dolenti. Per questo è importante che il terapeuta accompagni la persona con il suo suono, avvicinandosi con la sua propria voce e il proprio canto, provando a riprodurre i suoni e le voci che il soggetto sta sperimentando, come fosse un accompagnamento sciamanico; di fatto si lavora con le nude emozioni, senza che si possa sapere razionalmente ciò che sta succedendo, lasciandosi condurre dalla parte intuitiva del nostro essere, quella parte saggia che spesso per paura non ci permettiamo di lasciar fluire.

Da un punto di vista teorico si cerca di integrare all'interno della psicoterapia della Gestalt elementi di psicodinamica, come il transfert ed il controtransfert, lo spazio transizionale di Winnicott ed elementi della teoria della comunicazione di Watzlawick.

Analizzare il transfert ed il controtransfert è necessario per modulare le emozioni dei pazienti e contenerle. Lo scopo di questa esperienza è quello di sensibilizzare alle proprie emozioni e di rimuovere paure, complessi, atteggiamenti negativi e di coinvolgere la persona valorizzando le sue potenzialità positive anche a livello musicale.

In questo lavoro non si può sottovalutare la potenza del gruppo. I suoni che emergono rivestono una vitale importanza, l'energia che circola è incredibilmente influente e gli armonici che si creano sono di una bellezza disarmante.

L'ascendente di questo lavoro richiede una certa capacità di mettersi in gioco e superare le proprie paure del giudizio; a tale proposito, tale esperienza sarebbe opportuno realizzarla in una fase avanzata delle dinamiche di gruppo, per favorire un'espressione ancor più libera. Tuttavia, sulla mia esperienza diretta, ho constatato la possibilità di svolgere questi gruppi anche in contesti nei quali le persone non si conoscono tra loro.

Il lavoro, può sciogliere dei nodi importanti, quindi, può essere necessario affiancarlo ai gruppi di Gestalt.

Abbiamo registrato gli incontri, con la finalità sia di rielaborare il processo terapeutico sia per farlo riascoltare ai partecipanti, in modo che le vibrazioni continuino ad agire sul nostro inconscio.

In ultima analisi, gli obiettivi raggiunti, sembrano essere lo sviluppo di nuove strategie relazionali, il potenziamento delle competenze espressive e creative del singolo, il saper sostenere e prendersi cura di se stessi e dell'altro, una maggiore consapevolezza degli aspetti e delle emozioni interne, il riuscire ad esprimersi, una maggiore integrazione dell'Io, lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica e il senso di appartenenza al gruppo, la promozione di un buon equilibrio attraverso la sperimentazione e la successiva consapevolizzazione, una maggiore definizione dei propri confini.

Anche persone come Massimo e Giuditta, che mostrano notevoli difficoltà di espressione e di contatto con l'Altro, sono riusciti ad esprimere le loro emozioni. Questo poteva essere un rischio, vista la difficoltà di stare in una situazione in cui viene richiesta una "performance", ma grazie alla buona alleanza

terapeutica ed al potere del gruppo e del contesto suggestivo ricreato, gli utenti sono riusciti ad affidarsi. In Giuditta, abbiamo riscontrato un minore livello di balbuzie e un aumento del tono della voce.

Nonostante gli ottimi risultati ottenuti è stato fondamentale sostenere, contenere e accompagnare gli utenti nella sperimentazione. Le difficoltà trovate riguardano la possibilità di contenere le forti emozioni vissute ed espresse e la pericolosità di uno scompenso, vista la capacità regressiva di tali strumenti e la difficoltà di riportare il paziente nel qui ed ora.

Infine, cerchiamo quindi di analizzare alcuni dei limiti: innanzitutto, la funzione di tali gruppi sembra essere più una attività di sostegno ad un altro percorso psicoterapeutico che una terapia autonoma; inoltre, non vi è una impostazione teorica riconosciuta e, dal punto di vista metodologico, sono discutibili i percorsi valutativi. La tesi qui proposta, di fatto, si basa su un ragionamento di tipo congetturale, ovvero, visto che le tecniche utilizzate all'interno dei gruppi gestaltici sopracitati sono provate scientificamente, se ne deduce, che anche questo tipo di intervento possa essere attendibile.

Non abbiamo riscontrato, durante la sperimentazione, delle controindicazioni o degli effetti negativi, ma abbiamo la consapevolezza che tale modo di esprimersi possa scatenare il peggioramento dello stato psichico, emozionale.

Infine, ribadisco che tali gruppi non sono un'invenzione di un nuovo modello terapeutico, ma semplicemente l'integrazione teorica e di tecniche già riconosciute all'interno di un tipo di terapia ormai consolidata. È importante sottolineare che, nel caso specifico della tossicodipendenza, riconosciuta nel suo essere una psicopatologia estremamente complessa e di difficile trattamento, per diverse ragioni, che vanno dalla motivazione per cui uno/a inizia a drogarsi, all'utilizzo e al decorso che la dipendenza acquista nella vita della persona, fino alle patologie ad essa collegate, che possono andare da comportamenti psicotici, allo sviluppo di ansie o fobie prima inesistenti, atteggiamenti ossessivi, disturbi dell'umore e della personalità e via dicendo, risulta difficile il trattamento, che ammette qualche esito favorevole solo mediante il dispiego di molte energie pluridisciplinari

(farmacologia, controllo sociale, intervento familiare, psicoterapia); l'approccio "Gestalt voice" rappresenta solo un tassello, volto ad un sostegno che si esplica sia attraverso l'appartenenza al gruppo che attraverso la "fluidificazione" di emozioni bloccate o non correttamente riconosciute.

L'approccio alla tossicodipendenza, difatti, non può nemmeno prescindere da una parte educativa, proprio in quanto la tossicodipendenza porta ad un appiattimento del senso morale. Lavorare con i tossicodipendenti è ben diverso dal lavoro di terapeuta per gli altri disturbi; non sempre possiamo infatti lasciare il libero arbitrio o normalizzare l'accaduto, poiché si rischia una vita umana.

Nel lavorare con questo tipo di problematiche non dobbiamo dimenticare che la tossicodipendenza ha un elemento che gioca profondamente a sfavore dell'operatore che lavora con la persona, e cioè che nella stragrande maggioranza dei casi, la tossicodipendenza è una "malattia" dalla quale il tossicodipendente NON vuole guarire, è una "medicina" quella che assume, che gli piace molto e per la quale molto spesso mette in atto atteggiamenti di forte manipolazione nei confronti del mondo e delle persone che cercano di trovare una strada alternativa al suo utilizzo.

Questo è un elemento che va ben tenuto presente, altrimenti si rischia di mettersi nella posizione dell'"Io ti salverò", sentendosi conseguentemente onnipotenti o impotenti. Se questo concetto non è applicabile alle persone in generale, a maggior ragione lo è ancor meno rispetto a persone che si trovano a vivere una dipendenza come quella da sostanze. Più volte ci siamo trovate ad affrontare il fatto estremamente reale, di quanto se una persona ha voglia di "farsi" si fa e basta. In questo senso non c'è tecnica, o strategia o lavoro che si voglia prendere in considerazione che possa essere di aiuto nel far cambiare idea alla persona. In questo senso è importante ricordare che nel percorso di liberazione dalla dipendenza un elemento è il più importante di tutti: che ci sia anche una seppur minima parte di quella persona che abbia la volontà di liberarsi di quel tipo di dipendenza. Il nostro lavoro diventa assolutamente senza alcun valore terapeutico se la persona che abbiamo davanti vorrebbe essere a mille km di distanza a farsi l'ennesima volta.

Per concludere mi piacerebbe citare una celebre frase di Eraclito che esprime tale concetto: “il Signore, di cui l’Oracolo è in Delfi, né dice né nasconde, ma indica”.

Riferimenti bibliografici

- A.A.V.V., *Journal of Music Therapy*
- A.A.V.V., (2007), *Musica tra neuroscienze, arte e terapia*, Collana di musicoterapia n. 2, Ed. Musica Practica, Torino.
- Abdollahnejad, M.R. (2006). The Use of Music Therapy with Substance Abusers. *Music Therapy Today* (Online) Vol.VII (2) 318-332. available at <http://musictherapyworld.net>
- Adami Rook, P. (1995). Quasi prete quasi medico, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 3, Firenze: ABC.
- Adami Rook, P. (1996). Modello medico, modello psicoterapeutico, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 5, Firenze: ABC.
- Adami Rook, P., Ciofi, R., Giannini, M. (a cura di) (1998). *Storia della Psicoterapia, un secolo di cambiamenti*, Roma: Edizioni Scientifiche Magi.
- Adami Rook, P. (2007). Diagnosi o terapia, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 3 (1), Firenze: Vertici Editore.
- Adami Rook, P. (2007). Comparare... perché?, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 3 (2), Firenze: Vertici Editore.
- Adlington, H. (1997). Un approccio al linguaggio. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24. Edizioni H.C.C.
- Anolli L., Ciceri R., *La voce delle emozioni. Verso una semiosi della comunicazione vocale non verbale delle emozioni*, Ed. Giovanna Giordano, Roma.
- Argentino, P. (1997). Comunità terapeutiche e Psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24, Edizioni H.C.C.
- Argentino, P. (1997). Efficacia del modello gestaltico nelle comunità terapeutiche. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24, Edizioni H.C.C.
- Alvin, J. (1981), *La terapia musicale per il ragazzo autistico*. Armando editore, Roma.
- Arnold, S., Shapsa, A., Forman, L., Reger, R., Bauer, S., Litmanovitz, I. e Dolfin, T. (2006). *Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment*. Birth.
- Avanzin, G., Faienza, C., Majno, M. e Minciocchi, D. (a cura di) (2003). The Neurosciences and Music, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Ed. New York Academy of Sciences.
- Beaulieu, J. (1994). *Música, sonido y curación. Guía práctica de musicoterapia*. Indigo, Barcelona.
- Beneduce, R. (2002). *Trance e possessione in africa. Corpi, mimesi e storia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Benenzon, R.O., De Gainza, H.V. e Wagner, G. (1997). *La nuova musicoterapia*, Ed. Phoenix, Roma.
- Biavati, M. (2006). *La relazione che cura, Gestalt counselling e Art Therapy*. Ed. Persona e psiche.
- Bizzarri, M. e De Vito, C. (1986). La Psicoterapia della Gestalt come approccio sperimentale nel campo delle tossicodipendenze. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno II, 2. Edizioni H.C.C.
- Bloomberg, I. (1988). Lavoro corporeo nella Terapia della Gestalt. Concezione e pratica di sviluppo terapeutico. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno VI, 6. Edizioni H.C.C.
- Calabrese, R. (2004). *La musica che cura. Teorie e metodi*, Editrice Arti Terapie, Roma.
- Buffum, M.D., Sands, L.P., Lanier, E., Yellen, M. e Hayes, A. (2006). A music intervention to reduce anxiety before vascular angiography procedures. *Journal of vascular nursing*, 24, 68-73.
- Calabrese, R. (2004). *La musica che cura. Teorie e metodi*, Editrice Arti Terapie, Roma
- Campbell, D. (1998). *El efecto Mozart*. Urano, Barcelona.
- Campbell, J. (1996). *Attività artistiche in gruppo*. Erickson, Trento.
- Coleman, M.J. (1988). Terapia della Voce. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno IV, 6 e 7, Edizioni H.C.C.
- Corradini, M. (1996). *Biomusica. La musicoterapia nel suo metodo integrale*. Life Quality Project Italia, Roma.
- Corradini, M. (1999). *Iniziazione alla Musicoterapia. Esercizi di rilassamento, tonificazione ed equilibrio con la Biomusica*. Edizioni Mediterranee, Roma.
- Corradini, M. (2008). *Biomusica- La Musicoterapia Evolutiva*. Ed. Capodarco Fermano, Roma.
- Darwin, C. (1999). *L'espressione delle emozioni*. Bollati Boringhieri, Torino.
- De Martino, E. (2000). *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Del Campo, P. (1997). *La musica come processo umano*. Amarù ediciones, Colección música, arte y proceso, Salamanca.
- Dewhurst-Maddock, O. (1993). *La terapia del suono*. Tecniche nuove, Milano.
- Di Franco, G. (2001). *Le voci dell'emozione: verso una pragmatica della musica come terapia*. Roma, Ismez.
- Dijkstra, I. e Hakvoort, L. (2004). How to deal music? Enhancing coping strategies in music therapy with clients suffering from addiction problems. *Music Therapy Today* (online), Vol. V (5), available at <http://musictherapytoday.net>
- Emoto, M. (2005). *L'insegnamento dell'acqua. Il suo messaggio*. Edizioni Mediterranee, Roma.
- Fachner, J. (2007). Researching music and altered states in therapy and culture. *Music Therapy Today*, Vol. VIII (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Ferrara, A. (1988). Contributi La Psicoterapia della Gestalt e il corpo. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*, Anno VI, 6, Edizioni H.C.C.
- Gaggero, G., (2003). *Esperienza musicale e musicoterapia*, Mimesis, Milano.
- Gazzaniga, M. (a cura di). *Learning, Arts and the Brain*, Dana Press.
- Goldman, J. (1996). *Sonidos que sanan*, Luciérnaga, Barcelona.
- Goldman, J. (1998). *Il potere di guarigione dei suoni*. Edizioni Il Punto d'incontro, Vicenza.

- Guerra Lisi, S. (a cura di) (2000). *Progetto Persona 2000*, Armando Ed., Roma.
- Hatem, T.P., Lira, P.I.C. e Mattos, S.S. (2006) *The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery*. Journal de Pediatria, 82, 186-192.
- Hazrat Inayat Khan (1992). *Il misticismo del suono*. Ed. Il punto d'incontro. Vicenza.
- Hakvoort, L. e Dijkstra, I. (2007). Music Therapy and addiction; can research support its effect? *Music Therapy Today*, Vol. VIII (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Horesh, T. (2003). Dangerous Music - Working with the Destructive and Healing Powers of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers. *Music Therapy Today*, Vol. IV (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Horesh, T. (2006). "Music is My Whole Life" - The many meanings of music in addicts' lives. *Music Therapy Today*, Vol. VII (2), 299-319, available at <http://musictherapyworld.net>
- Horesh, T. (2007). Music therapy, regression and symbolic distance in substance abusers and their preferred music. *Music Therapy Today*, Vol. VIII (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Humeau, S. (1991). *Le musiche che guariscono. Teoria e applicazioni pratiche della musicoterapia*. Ed. Nuova IPSA.
- Humpal, M. *Best Practices in Music Therapy Monograph: Early Childhood and School Age*, Silver Spring, MD: AMTA.
- Inayat Khan Hazrat (1992). *Il misticismo del suono*, Il punto d'incontro, Vicenza.
- Kepner, I. (1988). Processi corporei della retroflessione. Agire sul sé piuttosto che sull'ambiente. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno VI, 6, Edizioni H.C.C.
- Loria, N. (2001). *Dal corpo allo strumento musicale*, Ed. Ma. Gi., Roma.
- Loroño, A. e Del Campo, P. (1987). Taller de Biomúsica. Manual de Musicoterapia. *Cuadernos de Integral*, Barcelona.
- Maman, F. (2001). *Quando la musica guarisce*. Edizioni Amrita, Torino.
- Mandel, S.E., Hanser, S.B., Secic, M. e Davis, B.A. (2007). Effects of music therapy on health-related outcomes, in cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial. *Journal of music therapy*, XLIV, 176-197.
- Manzanelli, P. (2003). *Cervello e Musica*. Firenze: PsicoLAB. 14/02/2009 su <http://www.psicolab.net>
- McCallion, M. (1998). *El libro de la voz*. Urano, Barcelona.
- McClellan, R. (1993). *Musica per guarire. Storia, teoria e pratica degli usi terapeutici del suono e della musica*. Muzzio, Padova.
- Medina, R. e Lobato, C. (1986; 1989; 1996). *Tecniche di Animazione per gruppi di preadolescenti*, Adarra editrice, Bilbao.
- Medina, R. (1997). *L'espressione di sé e creatività*, Atti del VI Convegno di Aggiornamento Nazionale Scuola e Servizi Socio Sanitari: "Counseling scolastico: Comportamenti a rischio e nuove droghe".
- Medina, R. (1998). *L'universo sonoro della voce e le sue applicazioni*, Atti del Congresso di Musicoterapia: esperienze in Italia e in Europa, Nuoro.
- Medina, R. (1998). *L'universo sonoro della voce come strumento psicoterapeutico*, *Rivista della Gestalt*, Associazione Spagnola di Terapia della Gestalt.
- Medina, R. (1998). *Cantare per non raccontare: una approssimazione gestaltica al lavoro con la voce*. Relazione presentata al 1° Congresso Nazionale di Gestalt, Barcelona.
- Medina, R. (1999). *Voce e canto in gravidanza*. Relazione presentata alla XIII Fiera della Salute, Associazione Ting, Bazzano (BO).
- Medina, R. (2000). *La Voce, musica dell'anima*. Workshop esperienziale al Congresso Europeo di Psicologia Transpersonale "Il tempo dell'anima", Assisi.
- Medina, R. (2002). *Voce, Suono e Gestalt*. Workshop esperienziale al VIII International Congress on Gestalt Therapy ed al II Congresso Nazionale FISIG (Federazione Italiana Scuole e Istituti di Gestalt), Napoli.
- Medina, R. (2003). *Voce e Suono per Guarire*. Workshop esperienziale al Seminario Europeo "L'uso delle terapie olistiche nel campo delle dipendenze", Federazione degli Operatori delle Tossicodipendenze (ERIT), Assisi.
- Mione, M. e Monsalves, A. (1986). Espressione corporea, autoconsapevolezza e processo di crescita in un'esperienza di gruppo. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno II, 2, Edizioni H.C.C.
- Muret, M. (1991). *Arte-terapia. Disegno, pittura, musica, danza, teatro... possono essere anche efficaci terapie per la cura di diversi disturbi*. Red edizioni, Como.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novissima gestalt: Actitud y práctica*. Editora Cuatro Vientos. Santiago, Chile.
- Oasi, O. e Meotti, C. (1998). Funzione dell'esperienza sonora musicale nel processo di costruzione del sé. In Oasi, O. e Cavagna, D. (a cura di). *La forma segreta*, FrancoAngeli, Milano, 101-134.
- Paciotti, I. (2000). *Iniziazione al Suono della Vita. Musica per chi nasce*. Edizioni Mediterranee, Roma.
- Pistorio, G. e Scarso, G. (1998). *Musicoterapia, Metodologie, ricerche cliniche, interventi*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Polster, E. (1997). Heidegger e la trasposizione della teoria nella pratica e la Psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24, Edizioni H.C.C.
- Punkanen, M. (2007). Music Therapy as a part of drug rehabilitation. *Music Therapy Today*, Vol. VIII (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Quattrini, P. (2007). *Fenomenologia dell'esperienza*, Ed. Zephiri, Milano.
- Raglio, A. (2008). *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*. Ed. Franco Angeli, Milano.
- Romanowski, B. (2007). Benefits and limitations of music therapy with psychiatric patients in the penitentiary system. *Music Therapy Today*. Vol. VIII (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Rosenberg, J. e Rand, M.L. (1988). Il sé del corpo e l'anima: per una integrazione. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno VI, 6, Edizioni H.C.C.
- Salonia, G. (1988). Itinerario bibliografico sul tema: il corpo in psicoterapia. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno VI, 6, Edizioni H.C.C.
- Schneider, M. (1979). *Il significato della musica*. Rusconi, Milano.
- Schneider, M. (1992). *La musica primitiva*. Adelphi, Milano.

- Schön, D., Akiva-Kabiri, L. e Vecchi, T. (2007). *Psicologia della musica*. Carocci, Roma.
- Schotsmans, M. (2007). Music therapy with youngsters addicted to drugs, alcohol or medication, From the Sirens to Orpheus. *Music Therapy Today*, Vol. VIII (3), available at <http://musictherapyworld.net>
- Sichera, A. e Goodman, P. (1997). Risposta a E. Polster. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24, Edizioni H.C.C.
- Sloboda, J. (2001). *Music and emotion; Theory and research*. Oxford University Press, New York.
- Sloboda, J. (2005). *Exploring the musical mind: cognition, emotion, ability, function*. Oxford University Press, Oxford.
- Spagnuolo Lobb, M. (1988). Strumenti di Formazione. La comunicazione non verbale nella Psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno VI, 6, Edizioni H.C.C.
- Spagnuolo Lobb, M. (1997). Linee programmatiche di un modello gestaltico nelle comunità terapeutiche. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24, Edizioni H.C.C.
- Spagnuolo Lobb, M., Salonia, G. e Sichera, A. (1997). Dal “disagio della civiltà” all’adattamento creativo. Il rapporto individuo/comunità nella psicoterapia del terzo millennio. *Quaderni di Gestalt. Rivista semestrale di Psicoterapia della Gestalt*. Anno XV, 24, Edizioni H.C.C.
- Tomatis, A. (1993). *L'orecchio e la voce*. Baldini e Castoldi, Milano.
- Tomatis, A. (1998). *Ascoltare l'universo*. Baldini e Castoldi, Milano.
- Traveni Massella, M. (2003). Approccio creativo al recupero dei tossicodipendenti – la DMT Gestalt all’interno di una comunità terapeutica, *Quaderni di Gestalt*, Ragusa.
- Turano, A. (1986). La terapia della Gestalt come approccio sperimentale nel campo delle tossicodipendenze, *Quaderni di Gestalt*, 2, 135-138.
- Verdeau-Pailles, J. e Guiraud-Caladou, J.M. (1993). *Le tecniche psicomusicali attive di gruppo e la loro applicazione in psichiatria*. Borla, Roma.
- Wigram, I. (1997). *Musica e scienza*. Ed. Gli Archetti, Roma.
- Winkelman, M. (2003). Complementary therapy for addiction: “Drumming out drugs”, *American Journal of public health*. Arizona State University, Tempe.

http://www.newton.rcs.it/PrimoPiano/News/2002/12_Dicembre/23/Musica.shtml
<http://www.rudolfsteiner.it/articoli/terapart4.htm>

Sitografia

<http://www.andreaconti.it/mente.html>
<http://www.apa.org/journals/neu.html>
<http://www.biomusica.com>
<http://blu.chim.unifi.it/group/education/index.html>
<http://www.cronologia.it/storia/tabello/tabe1618.htm>
<http://digilander.libero.it/amadeux/subliminale/musicoterapia.htm>
<http://www.edscuola.it/archivio/lre/neurolinguistica.html>
http://www.lsw.n.it/comunicati/stampa/2007/cervello_e_musica_quando_la_melodia_e_in_aiuto_alla_medicina
<http://www.marcostefanelli.com/subliminale/mantrasuono.htm>
<http://musictherapyworld.net>

L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ DELLO PSICOTERAPEUTA: POSSIBILI FATTORI COMUNI NELLE PSICOTERAPIE?

di Alessandra Delle Fave

Psicologa Psicoterapeuta

*Per qualsiasi cosa che proceda da ciò che
non è a ciò che è, senza dubbio la causa di
questo processo è sempre una creazione.*

Platone, Simposio, 205

Che cosa sono l'intuizione e la creatività e che relazione hanno tra loro? Vedremo come l'intuizione, considerata appannaggio esclusivo di personalità geniali fino a pochi decenni fa, sia una qualità che ogni persona può sviluppare e che trova nel processo creativo il culmine della sua espressione. Solo recentemente in psicologia si è cercato di definire meglio la capacità intuitiva, come forma di conoscenza preposta alla produzione del nuovo, rispetto al noto (Pacífico, 1997), una forma di "intelligenza" che può potenzialmente essere sviluppata e che può portare alla risoluzione di problemi, attraverso un processo creativo.

CHE COSA SONO L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ?

Breve excursus filosofico-scientifico sull'intuizione

Il termine *Intuizione* deriva dal latino *intueri*, *in*=dentro e *tueri*=guardare, ovvero indica etimologicamente la capacità di entrare dentro con lo sguardo; in altri termini, una "forma di conoscenza immediata che non abbisogna di ragionamento" (Sabatini Coletti, 2007). È quella facoltà della mente che elabora, in modo inconsapevole, dati cognitivi e soprattutto

sensoriali e percettivi, elaborandoli in schemi interpretativi utili all'adattamento.

È la capacità che permette di "individuare, apprendere e utilizzare inconsciamente complessi pattern informativi che l'accurata analisi conscia non può, in condizioni favorevoli, nemmeno vedere, tanto meno registrare e ricordare" (Claxon, 1997, p. 61). È indubbiamente un sapere difficilmente definibile e comprensibile sulla cui origine ci sono ancora oggi pareri discordanti.

Filosofi di tutte le epoche se ne sono occupati, a partire dai "meccanicisti" che hanno descritto l'intuizione come un processo meccanico riconducibile a leggi deterministe di causa-effetto, contrariamente ai neoplatonici che hanno parlato di un "sapere trascendente", di natura innata, non spiegabile razionalmente. Possiamo trovare le prime riflessioni filosofiche in merito nell'antica Grecia in Parmenide (Abbagnano e Fornero, 2009), che parlò di "sensi" quale strumento principe utilizzabile in filosofia, e in Platone, che descrisse invece le "Idee" come la forma più elevata di conoscenza raggiungibile solo attraverso la *νόησις* ("intellegione", da *νόος*=intelletto), il più alto grado di conoscenza razionale e scientifica, ovvero quella filosofica, altrimenti definibile come *intuizione intellettuale*, per arrivare ad Aristotele (Abbagnano e Fornero, 2009) che ha parlato invece di *intelletto intuitivo* per indicare

quella capacità che permette di cogliere l'essenza della realtà fornendo principi validi e universali.

Nelle formulazioni settecentesche Kant la formalizzò come metodo conoscitivo e la divise in due categorie:

- *l'intuizione sensibile*, ovvero la conoscenza passiva percepita attraverso i sensi,
- *l'intuizione intellettuale*, ovvero la conoscenza attiva.

Nel Novecento, troviamo invece un'ampia trattazione e rivalutazione dell'intuizione a partire dai contributi di Husserl che differenziò tra *l'intuizione empirica*, rivolta verso i singoli oggetti, e *l'intuizione eidetica*, che consente di cogliere l'essenza generale dei fenomeni andando oltre i preconcetti e i giudizi culturali (Aportone, Aronadio e Spinicci, 2002).

Bergson (1909) parlò di una "filosofia dell'intuizione" nella quale descrisse l'intuizione come un atto metafisico mediante cui si genera una "simpatia" tra un oggetto e l'altro, la "visione dello spirito da parte dello spirito". Egli attribuisce la possibilità più istintiva e genuina di portare a soluzione ogni problema, andando al di là della rigidità del pensiero razionale. L'intuizione è l'unica che permette di penetrare la vita interiore; se la scienza permette attraverso l'intelligenza, un processo analitico, basato su rigide distinzioni e riduce l'oggetto a elementi noti, l'intuizione ci inserisce sulla mobilità, che è quanto dire nella durata. Egli afferma, a partire da queste premesse, che dall'intuizione si può passare all'analisi, ad una costruzione concettuale, ma che non vale il procedimento inverso.

Hadamard (1944), scienziato del Novecento, ha evidenziato tre forme di intuizione possibili, attribuibili solo al genio scientifico:

- quella che dice allo scienziato quali direzioni sono promettenti, dove cercare una soluzione e quali indicazioni sono vicoli ciechi;
- la sensazione che manchi qualcosa: lo scienziato "sa" che c'è una soluzione prima di conoscere il suo contenuto o rileva che una soluzione è imminente;
- l'apparire di immagini o sensazioni cinestesiche che contengono le linee guida per la soluzione dei problemi.

Negli anni Sessanta e Settanta l'intuizione è stata accolta come la controparte del pensiero razionale (Fischer, 1971).

In definitiva, l'intuizione rappresenta il modo più antico con cui funziona la psiche umana ed è la forma più naturale e spontanea di conoscenza posseduta dall'uomo.

Alcune definizioni sulla creatività

La *Creatività* fin dall'antica Grecia veniva considerata un attributo esclusivo della divinità e ai grandi geni del passato veniva attribuita la qualità di "inventori". Molte sono le definizioni date alla creatività, ma quella che rimane ancora oggi la più esaustiva è di Poincaré (1914), scienziato del Novecento che esprime il proprio pensiero sulla creatività e sui processi mentali che generano "intuizioni creative", in questi termini (1997, p. 12):

Un risultato nuovo ha valore, se ne ha, nel caso in cui stabilendo un legame tra elementi noti da tempo, ma fino ad allora sparsi e in apparenza estranei gli uni agli altri, mette ordine, immediatamente, là dove sembrava regnare il disordine. Inventare è discernere, è scegliere (...). Fra tutte le combinazioni che si potranno scegliere, le più feconde saranno quelle formate da elementi tratti da settori molto distanti. (...) Quel che più lascia colpiti è il fenomeno di queste improvvise illuminazioni, segno manifesto di un lungo lavoro inconscio precedente. (...) (Il lavoro inconscio) in ogni caso rimane sterile, se non è preceduto e seguito da un periodo di lavoro cosciente. Le ispirazioni improvvise (...) non avvengono mai se non dopo alcuni giorni di sforzi volontari, che sono sembrati completamente infruttuosi (...). Tra le numerosissime combinazioni che l'io subliminale ha formato alla cieca, quasi tutte sono prive di interesse e senza utilità (...). Soltanto alcune di esse sono armoniose - utili e belle insieme.

L'autore parla di creatività come della capacità di unire elementi preesistenti in combinazioni nuove, che siano utili, e il "criterio intuitivo" per eccellenza per riconoscerle è che la combinazione nuova "sia bella", certamente non in senso estetico, ma in termini di armonia e rispondenza funzionale allo scopo. Poincaré ci dice quindi che la creatività consiste nella

generazione di nuove combinazioni utili attraverso l'unione di elementi preesistenti.

Gli elementi del processo che permetterebbero questa nuova produzione sono:

- *I presupposti*: niente si crea dal niente, si parte appunto da “elementi preesistenti”.
- *Le condizioni*: è necessaria la capacità di unire elementi congiuntamente alla capacità di selezionare, tra gli elementi disponibili, quelli da combinare. Questa abilità nel selezionare è costituita a sua volta da:
 - *competenza*: per individuare gli elementi che vanno uniti bisogna conoscerli,
 - *intuizione*: essa permette di fare una scelta funzionale tra molte opzioni disponibili, anche quando non è possibile valutare in modo esauriente la complessità di tutte le variabili in gioco,
 - *esperienza*: permette di sviluppare l'intuizione,
 - *tenacia*: attraverso la quale si procede per prove ed errori.
- *I risultati*: le combinazioni prodotte devono essere “nuove” e avere valore creativo, cioè devono essere “utili”. Le categorie di nuovo e utile spiegano l'essenza dell'atto creativo: superare le regole (il nuovo) per istituire una migliore regola condivisa (l'utile).

Molti psicologi si sono occupati di creatività, in particolare Guilford (1967) che la sovrappone al “pensiero divergente” definendone gli aspetti principali, ossia:

- la *fluidità*: la capacità di produrre tante idee, senza riferimento alla loro qualità o adeguatezza,
- la *flessibilità*: la capacità, nel corso del flusso di pensiero, di passare da una successione o catena di idee ad un'altra, ossia da una categoria di elementi ad un'altra,
- l'*originalità*: la capacità di trovare idee insolite o uniche, cioè idee cui in genere le altre persone non arrivano.

Un altro contributo psicologico interessante ci viene offerto da uno studio di Ghiselin, Rompel e Taylor (1964) durante il quale chiesero a degli scienziati di scegliere degli aggettivi per connotare il momento creativo della scoperta, evidenziando che concordemente essi definirono l'atteggiamento mentale creativo come caratterizzato da:

- *larghezza*: la coscienza è aperta all'esperienza e assume una prospettiva ampia a partire dalla quale considerare il problema,
- *flessibilità*: la coscienza passa con facilità da una rappresentazione all'altra,
- *indeterminazione*: la coscienza ha raffigurazioni confuse, rarefatte e anche contraddittorie degli elementi in gioco,
- *penetrazione*: le idee vengono esplorate con attenzione e in profondità fino a pervenire ad una visione chiara.

Comunque, andando al di là delle specifiche definizioni esistenti sulla creatività, buona parte sembrano evidenziare tre aspetti chiave di questo processo (Antonietti, 2011):

1. La prima operazione che compie la creatività consiste nell'*uscire dal quadro concettuale ristretto* nel quale spontaneamente incaselliamo le situazioni; per produrre qualcosa di nuovo e di originale è importante muoversi in un campo mentale più vasto che permetta di reperire suggerimenti e idee che ci portino a pensare in nuove direzioni, trovando nuove opportunità e nuovi significati.
2. La seconda operazione è la *combinazione*, cioè la capacità di creare un legame che unisca un elemento mentale ad un altro attraverso due possibili modalità di collegamento:
 - mettere in contatto tra di loro elementi che usualmente riteniamo non avere nulla in comune (associazione), e
 - connettere gli elementi che sono a disposizione in maniera insolita (combinazione).
3. La terza operazione è la *riorganizzazione*. Si tratta di cambiare il punto di vista che abitualmente o spontaneamente tendiamo ad avere quando pensiamo ad una data situazione.

L'intuizione e la creatività in psicoterapia

Alcuni autori hanno presentato modelli per spiegare il funzionamento dell'intuizione e della creatività. Nonostante il fatto che l'intuizione è un'esperienza universalmente riconosciuta, è scarsamente studiata e ben poco è stato pubblicato sul suo ruolo in psicoterapia. Una delle ragioni ha probabilmente a che fare con la rigida ripartizione che è stata fatta tra intuizione/creatività e ragione al punto che

l'intuizione, in quanto non scientifica, non è stata indagata, e da alcuni psicoterapeuti "accademici" è stata addirittura bistrattata. Attualmente non c'è un chiaro consenso su quali fenomeni dovrebbero essere classificati come intuizione o come creatività.

Nella situazione psicoterapeutica, i terapeuti possono avere intuizioni circa la diagnosi, gli interventi possibili, la personalità di un particolare paziente, riconoscendo le analogie o rilevando le differenze di una combinazione di caratteristiche di altri pazienti.

La caratteristica principale dell'intuizione, tuttavia, è il fatto che uno non è a conoscenza dei singoli elementi della situazione che compongono il modello, ma ha soltanto una sensazione di gestalt adattata o meno.

Nei capitoli successivi vedremo come gli esponenti dei vari orientamenti psicoterapeutici e psicoanalitici ne hanno parlato.

L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ DEL TERAPEUTA SECONDO LA PSICOANALISI

Per creatività intendo, in un senso molto generale, quell'atteggiamento che consente all'individuo di inserire i cosiddetti dati reali in un sistema di nessi e relazioni che conferiscono a quei dati un significato del tutto diverso dall'evidenza immediata.

Carotenuto, *Nevrosi, processo creativo e potere sull'altro* (1983.)

All'interno dei vari filoni psicoanalitici molti autori si sono occupati della creatività, spesso analizzando questa capacità attraverso la descrizione dei geni del passato e frequentemente, Freud per primo, hanno considerato il processo creatore come un tentativo più o meno nevrotico di risolvere un conflitto psichico.

All'interno di questa prospettiva pertanto troviamo poche indicazioni sulla creatività e sull'intuizione, come possibili caratteristiche utili al terapeuta per aiutare il paziente nel suo processo di cambiamento, eccezion fatta, come vedremo, per Eric Berne che ne ha fatto il fulcro dei suoi studi.

Sigmund Freud

Freud ha nei suoi studi apparentato la creazione alla formazione di sintomi considerandola classicamente sia una sublimazione che un sintomo nevrotico, per cui il processo creatore dipenderebbe in gran parte dalla struttura interna del soggetto e l'atto creatore può essere correlato ad una distensione, ad una realizzazione personale.

La creatività è sostanzialmente ambigua e sembra essere una sorta di adattamento emotivo per evitare ricadute o cadute nella patologia psichica. L'atto creativo è quindi originariamente derivato da un meccanismo di difesa.

L'intuizione del terapeuta può essere rintracciata probabilmente in quella che Freud nel 1912 definì come "attenzione fluttuante" che consiste nel non concentrare la propria attenzione su qualcosa di particolare, ma mantenendola attiva verso tutto ciò che si sente.

Nei *Consigli al medico nel trattamento analitico* Freud afferma "si stia ad ascoltare e non ci si preoccupi di tenere a mente alcunché" (1911-1912, p. 553), sottolineando che i risultati migliori in terapia si ottengono quando si procede senza avere alcuna intenzione, senza preconcetti lasciandosi sorprendere ad ogni cambiamento. Egli comunque sottolinea come quanto da lui suggerito, si adatta alla sua individualità e non esclude che un'altra personalità possa essere spinta a preferire un atteggiamento differente di fronte al paziente e al compito da affrontare.

Freud parlò comunque della necessaria capacità dell'analista di galleggiare sui contenuti dell'altro per fare libere associazioni ed essere in contatto con i propri processi profondi (De Caroli, 1996). Egli sottolineò infine, come siano interessanti le somiglianze rilevate tra contenuto della creazione artistica e quello della psicoanalisi considerate quasi complementari e reciprocamente utili alla comprensione l'una dell'altra (De Caroli, 1996).

Eric Berne

Psichiatra e psicoanalista, autore della *Teoria dell'Analisi Transazionale*, Berne scrisse di intuizione terapeutica in numerose pubblicazioni, dove la affrontò da vari punti di

vista, ossia: l'intuizione nei fattori sociali come la professione, nella diagnosi, il problema delle comunicazioni latenti, le intuizioni riguardanti la lotta per l'istinto e le intuizioni riguardanti lo stato dell'io del paziente.

La prima opera in cui Berne tratta di intuizione è *La natura dell'Intuizione* (1949) descrivendola, in termini psicoanalitici, come una conoscenza basata sull'esperienza acquisita mediante funzioni inconse o preconse preverbal e attraverso il contatto sensoriale con il soggetto; chi intuisce non è in grado di spiegare a se stesso o agli altri come sia arrivato alle proprie conclusioni. La natura dell'intuizione è esprimibile attraverso quattro tipi di "giudizio" (cioè un'immagine della realtà che influisce sul comportamento e sui sentimenti nei confronti della realtà stessa):

- i giudizi formati mediante una percezione verbalizzata, logica e attivamente diretta (funzione del sistema percettivo conscio),
- i giudizi formati mediante processi e osservazioni non verbalizzate, basate su conoscenze già formulate che si sono integrate alla personalità e perciò funzionano sotto il livello di coscienza (funzione dei sistemi preconsce),
- i giudizi formati con l'aiuto di indizi la cui formulazione non è conscia e forse non lo diventerà mai, ma che si basano sulle impressioni dei sensi (processo subconscio primario),
- i giudizi formati con modalità che non possono essere spiegate con ciò che oggi sappiamo delle percezioni sensoriali (funzione dei sistemi inconsci).

Berne parla di *disposizione intuitiva* che favorisce l'intuizione, i cui requisiti chiave sono la vigilanza e la recettività, mentre viene ostacolata dalla partecipazione diretta dell'Io percettivo.

L'intuizione si ottiene con la pratica e non dipende dalla quantità di esperienza. Da quanto afferma l'autore si evincono due processi: la percezione subconscia e la verbalizzazione conscia. Si pensa che i fattori intuibili siano di due tipi: atteggiamenti nei confronti della realtà e manifestazioni istintuali.

Per comprendere l'intuizione, il terapeuta non deve eccedere con l'esame di realtà, perché l'intuizione è un processo creativo. Nella fase diagnostica il primo strumento utile è proprio la

qualità intuitiva dell'osservatore che permette la comprensione delle comunicazioni del paziente: più dirette saranno le comunicazioni e maggiormente precisa sarà la diagnosi. L'autore usa il termine "rumore" per indicare il messaggio che il paziente comunica non volendo e di "informazione" per indicare ciò che la persona vuole comunicare.

Berne precisa che il processo subconscio non crea la diagnosi, ma forma un giudizio preverbale che in un secondo momento trova espressione nella terminologia diagnostica.

Nel colloquio clinico il terapeuta si lascia andare nell'atteggiamento liberamente fluttuante per carpire l'immagine primaria del paziente. Berne sottolinea che l'intuizione è più efficace nei colloqui iniziali (bastano addirittura i primi dieci minuti) e diminuisce con il coinvolgimento e la conoscenza. I giudizi primari possono essere alterati dal controtransfert (quando ad esempio il terapeuta ha lo stesso punto di vista del paziente o usa il paziente per soddisfare i propri bisogni).

Altro articolo rilevante è *La psicodinamica dell'intuizione* (1962), dove vengono descritte le condizioni interne che promuovono o interferiscono con il processo intuitivo.

Egli utilizza *individuo intuitivo* per indicare il terapeuta che volutamente utilizza le proprie capacità intuitive nel lavoro terapeutico, in particolare nel fare diagnosi. Il terapeuta che egli descrive è curioso, sveglio, interessato, percettivo e ricettivo verso le comunicazioni latenti ed esplicite dei propri pazienti.

Il terapeuta che non si lascia andare alla propria ricettività orale, se ne impaurisce, è predisposto a reprimere o sopprimere le sue capacità intuitive o addirittura a criticare o ridicolizzare altri che ne fanno uso. Similmente, se l'individuo abusa della propria intuizione perché è ansioso di potere, denaro o attenzione, le sue facoltà intuitive vengono meno. L'individuo intuitivo deve collocarsi tra questi due estremi, per avere successo deve essere equilibrato.

L'intuizione è una capacità antica, il pensiero "logico" interferisce con la sua essenza e modifica i suoi messaggi. Chi si vuole dedicare al lavoro terapeutico si vede obbligato a far rinascere questa caratteristica perduta nella cultura scientifica anche se viene spesso squalificato dai colleghi più accademici.

L'intuizione ha la qualità di un processo arcaico che può essere meglio compreso considerando le influenze psichiche di origine archeopsichica, neopsichica ed eteropsichica. Berne aveva notato che la capacità di percepire e di intuire risiedeva nello stato dell'*Io Bambino (archeopsichico)* e che un eccessivo funzionamento *Adulto (neopsichico)* o *Genitoriale etico (eteropsichico)*, poteva interferire con la visione e le percezioni libere e ininterrotte dell'*Io Bambino*.

Seguendo questa terminologia possiamo dire che l'intuizione è un fenomeno archeopsichico. La sua funzione è repressa quando lo stato dell'ego Adulto neopsichico predomina, e viene sminuita quando lo stato dell'ego Padre eteropsichico restringe la libertà dell'archeopsichico.

Operativamente ciò significa che il pensiero logico ed etico diminuiscono l'efficacia dell'intuizione. Ciò è analogo a certi problemi di controtransfert, in cui il pregiudizio del terapeuta gli impedisce di percepire il suo paziente con chiarezza.

Entrambe le situazioni dimostrano che le influenze paterne possono diminuire la capacità intuitiva archeopsichica con tanta efficacia come il pensiero etico neopsichico.

Strutturalmente l'intuizione è una facoltà archeopsichica. Dinamicamente, l'attività neopsichica o eteropsichica possono ridurre la sua efficacia: per questo essa funziona meglio quando predomina uno stato dell'ego archeopsichico e quando gli stati dell'ego neopsichico ed eteropsichico sono disattivati. Secondo Berne l'intuizione clinica è un derivato ben sublimato di tendenze cannibalistiche infantili per cui, la resistenza all'intuizione può rappresentare una mancanza di sublimazione in quest'area. Generalmente, quanto più l'individuo è giovane, tanto più la sua archeopsichica è libera da influenze eteropsichiche e neopsichiche.

Gli individui, appartenenti a tutte le società, guardano l'altro nella forma permessa dalle norme sociali. I bambini, invece, liberi dal condizionamento etico-sociale, hanno maggiori poteri intuitivi, sono motivati dalla libido, sono meno coesi e possono raggiungere più facilmente l'intuitività. Come corollario, quanto più una persona è "etica", tanto meno le sue facoltà di osservazione e di intuizione saranno libere di funzionare, condizionate da un intervento morale cosciente.

Se il terapeuta analogamente, segue troppo le categorie logiche o etiche, la sua capacità di osservazione sarà ancora più inefficace e, insieme a ciò, le produzioni dell'archeopsichica saranno soggette ad una distorsione morale o intellettuale più attiva. Tanto la costrizione quanto la distorsione contribuiranno a giudizi erranei.

Il terapeuta intuitivo, per disporre delle sue capacità intuitive, deve mantenere una separazione netta tra i tre tipi di stato dell'ego. La sua archeopsichica deve essere libera di osservare ed integrare i dati come lo farebbe un bambino, senza l'interferenza della morale o della logica. Deve consegnare alla neopsichica le impressioni così ottenute per trasferirle al linguaggio clinico e ottenerle sotto l'influenza dell'eteropsichica a beneficio del paziente. Se il terapeuta confida eccessivamente sulla sua intuizione e la sua sublimazione è incompleta, l'archeopsichica può provare a raggiungere le sue intuizioni per un proprio piacere, per cupidigia, avidità o ansia, e può pervenire a giudizi incompleti o distorti.

In questo sistema l'intelletto partecipa come segue: quelle che sono "conclusioni" per l'archeopsichica si convertono in "dati da processare" per la neopsichica. Le intuizioni crude, senza verbalizzazione, ma operative sulle tendenze istintive di un'altra persona, sono indipendenti dall'intelletto; tuttavia, la verbalizzazione e la classificazione in scomparti logici di queste intuizioni sono una funzione neopsichica, la cui efficacia dipenderà fino ad un certo punto dalla capacità intellettuale dell'individuo.

Le difese contro la scopofilia, la necessità di stare in allerta e la ricettività orale sembrano dar mano ad una resistenza contro tutta la teoria dell'intuizione. Viceversa, gli individui che hanno sublimato con successo le tendenze scopofile, paranoiche e orali godono più facilmente di capacità intuitive.

Antonino Ferro

Antonino Ferro, psicoanalista contemporaneo, afferente alla Scuola Psicoanalitica Italiana (S.P.I.), parte da una considerazione preliminare prima di parlare di creatività dell'analista (2006): tra il funzionamento mentale del paziente e quello dell'analista c'è una forte interdipendenza

e l'analista è decisivo nel co-determinare il campo, i suoi movimenti, le turbolenze e le situazioni di impasse. La capacità creativa è resa possibile da una costante attività di rêverie di base che rappresenta la modalità con la quale la mente dell'analista accoglie, metabolizza e trasforma quanto le arriva da parte del paziente in termini verbali, paraverbali e non verbali. La stessa attività è presente anche nel paziente in risposta ad ogni stimolazione dell'analista.

Scopo primario dell'analisi è quindi quello di sviluppare questa capacità di tessere immagini. Le identificazioni proiettive di base sono l'indispensabile attivatore di ogni attività di rêverie. Per l'autore c'è una necessaria oscillazione tra creatività e tecnica (C <-> T), sono l'una a servizio dell'altra. Ci sono momenti in cui la tecnica prevale con differenti opzioni possibili e altri in cui è la rêverie a prevalere: questi sono i momenti più produttivi che permettono nuove e improvvise aperture di senso. Queste ultime sono specifiche della coppia e fanno andare la terapia verso quella determinata direzione e non verso altre, che si potrebbero aprire solo con altri terapeuti che avendo altre rêverie schiuderebbero mondi possibili diversi. Una scelta interpretativa più tecnica è più sicura, ma meno feconda. Un intervento più creativo è più a rischio di derive soggettive, ma può aprire spazi prima impensabili.

È chiaro che la soggettività dell'analista è rilevante rispetto alla sua possibilità di essere creativo o di pensare in modo originale. Un ruolo creativo del terapeuta emerge anche nell'ambito della supervisione dove si ricerca la chiave del caso e quanto avviene è ancora più creativo e ricco in gruppo perché il gruppo stesso si pone come amplificatore. L'orecchio dell'analista deve, secondo Ferro operare ad imbuto: quanto portato dal paziente deve essere incanalato in un ascolto relazionale globale, attraversare la mente dell'analista e sedimentarsi in essa, per poi uscire (arricchito e trasformato) ad imbuto rovesciato.

Ferro sottolinea più volte, il limite degli analisti che attingono con rigore alla loro formazione accademica, e che, aderendo rigidamente, non si arricchiscono.

Il loro operato comunque spesso funziona lo stesso: perché? Perché ciascun analista fa con la propria mente molte più operazioni di quelle che

sa di stare facendo e quindi ci saranno zone di funzionamento che sfuggono all'accademia e che operano trasformazioni senza che l'analista ne sia assolutamente consapevole.

Otto F. Kernberg

Otto F. Kernberg (1998) con toni provocatori, fa una curiosa riflessione rivolgendosi alle istituzioni psicoanalitiche in cui enuncia un numero piuttosto ampio, ma non esaustivo, dei modi attraverso i quali insigni psicoanalisti, di fama indiscussa, possano inibire la creatività dei candidati psicoanalisti, affermando:

1. Rallentate l'iter della selezione e l'apporto di informazioni ai candidati: questo rallenterà loro.
2. Nell'insegnamento insistete affinché i candidati leggano tutti i lavori di Freud con attenzione e in ordine cronologico. La protezione del lavoro di Freud dalle critiche e dalle contaminazioni di altre teorie è un sistema ottimo per far scemare l'interesse dei candidati verso altri sviluppi del pensiero analitico.
3. Fate leggere alcuni degli scritti più creativi e più importanti di Freud all'inizio di ogni nuovo seminario. Questa rassicurante ripetizione degli aspetti tuttora attuali del lavoro di Freud, insieme alla rilevanza data a questi lavori nel programma di studi, desensibilizzerà gli allievi rispetto al suo contributo.
4. Diffidate dei candidati che tendono a mettere in discussione le opinioni di un autore benvenuto dalla vostra istituzione psicoanalitica. Se mostrerete, in modo implicito ma palese, il vostro apprezzamento agli studenti che seguono l'opinione ufficiale della vostra istituzione, la tentazione di esporre opinioni nuove, diverse, stimolanti o divergenti scomparirà a poco a poco.
5. Cercate di tutelare i candidati da una partecipazione prematura agli incontri scientifici della vostra società psicoanalitica o alle riunioni in cui rispettabili colleghi potrebbero essere in aspro disaccordo tra loro.
6. Esaminate con cura i corsi opzionali, perché sono spesso usati dai membri più giovani del corpo docente per presentare nuove e stimolanti idee.

7. Salvaguardate una rigida divisione tra seminari per candidati e seminari per associati. È troppo facile che i candidati scoprano negli associati quell'incertezza e quei dubbi che essi stessi stanno imparando a sopprimere. Ciò potrebbe disturbare la sana idealizzazione dell'efficacia del training psicoanalitico e dissolvere l'illusione che vi sia un'enorme differenza tra candidati e analisti.
8. Mantenete una chiara gerarchia tra membri anziani e membri giovani del corpo docente. Se gli analisti più giovani chineranno rispettosamente la testa di fronte alle opinioni degli analisti anziani, tramanderanno il messaggio che non si può mettere in discussione l'autorità.
9. Moltiplicate i rituali per l'associatura in tutti i modi che riuscirete a trovare, per sottolineare la difficoltà ad entrare a far parte della società psicoanalitica.
10. Sottolineate sempre che ci vogliono molti anni di esperienza clinica prima di padroneggiare la teoria e la tecnica psicoanalitica. Se i più giovani pubblicano i loro scritti assicuratevi che i membri più anziani della loro società approvino i manoscritti prima che questi siano preposti per la pubblicazione.
11. Mettete in chiaro che la psicoanalisi viene condotta in modo appropriato preferibilmente in paesi di cui lo studente non conosce la lingua, così si persuaderanno che è inutile tentare di dare impulso alla psicoanalisi in un posto così distante da quello in cui si insegnano la teoria e la tecnica vera.
12. Scoraggiate gli allievi dal partecipare ai congressi, agli incontri e al lavoro analitico di altri istituti.
13. Date sempre da leggere il doppio delle pubblicazioni che uno studente potrebbe ragionevolmente assimilare, soprattutto contributi di vent'anni fa, così che si chiarisca che i contributi importanti sono già stati dati e ci si può aspettare poco dagli sviluppi recenti.
14. Mantenete fermo il principio che i candidati non parteciperanno mai ad un seminario tenuto dal loro analista didatta. Il transfert potrebbe essere disturbato da obiettive informazioni sul lavoro professionale del proprio analista.
15. Date la preferenza alla lettura dei lavori scritti dai membri più eminenti del vostro istituto, che dovrebbero essere presentati dai loro allievi.
16. Evitate il più possibile di far conoscere agli studenti scuole psicoanalitiche alternative.
17. Chiedete ai candidati con minore esperienza di presentare i loro casi ai candidati più esperti e al corpo docente che dovranno esprimere le loro critiche. Non dovrebbe mai essere l'analista esperto a presentare un caso, le incertezze del lavoro che anche gli anziani hanno potrebbero cancellare il senso di autocritica, la paura dei rimproveri e la naturale modestia dei candidati all'inizio del loro lavoro.
18. Assicuratevi che i candidati critici e ribelli vengano lasciati indietro o invitati a dimettersi.
19. Riassumete brevemente l'intera teoria e tecnica psicoanalitica citando i punti salienti del pensiero freudiano; questo è un metodo per spegnere l'entusiasmo degli studenti.
20. Non istituite corsi aggiornati di tecnica psicoanalitica.
21. Parlate il meno possibile con i candidati, in modo che si conservino insicuri ed umili, questo eviterà che il candidato si costruisca in altro modo una teoria e un quadro di riferimento tecnico personale.
22. Per incrementare i timori paranoidei, fate un resoconto sull'evoluzione dell'allievo che è in analisi con voi.
23. Non date mai ai candidati informazioni complete e adeguate sui requisiti per l'associatura e non informate i candidati sui loro progressi e sull'opinione che hanno di loro gli insegnanti.
24. Se siete i leader anziani del vostro istituto, fate attenzione ai messaggi che trasmettete: gli indizi manifesti di insicurezza e di timore sulla produzione scientifica da parte degli analisti didatti potrebbero favorire la sana identificazione dei candidati.
25. Cercate di fare in modo che il gruppo degli allievi rimanga relativamente uniforme in termini di aspirazioni professionali.
26. Confinare ogni indagine scientifica interdisciplinare agli stadi avanzati di training, inseritela in un seminario opzionale dell'ultimo anno di corso, in modo che l'identità dei candidati sia resistente alla ricerca di contatto con altre discipline, come ad esempio, le neuroscienze.
27. Riconducete al lettino tutti i problemi che riguardano docenti e allievi e tutti i conflitti

tra candidati e corpo docente. I docenti di fronte alle provocazioni dei singoli studenti devono rimanere uniti.

28. Cercate di inibire la creatività del corpo docente così che riproduca questo processo a livello inconscio, nella sua relazione con gli studenti.
29. Mantenete la segretezza su quello che ci vuole per diventare analista didatta in modo che gli effetti inibitori del processo di selezione peseranno sul percorso formativo.
30. Tenete a mente che l'obiettivo principale della formazione analitica non è quello di aiutare gli allievi ad acquisire conoscenze al fine di svilupparne altre ma di acquisire conoscenze per salvaguardare poche, ben sperimentate formule dall'indebolimento, dalla distorsione, dal deterioramento e dal cattivo uso.

Kernberg conclude il suo elenco con una metafora semplice, ma significativa: “da una scintilla può nascere un incendio, soprattutto se si accende su un mucchio di legna secca” (p. 358).

L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ DEL TERAPEUTA SECONDO LA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

*L'intervento terapeutico è come
una sorta di faro che illumina
la “bellezza” dei soggetti coinvolti,
una luce che rende visibile la
vitalità armonica insita
nell'integrità con cui ciascuno è presente
nella relazione e si adatta
in maniera unica e creativa a essa.*

Margherita Spagnuolo Lobb, IGT

La prospettiva gestaltica sostiene che la capacità creativa produce cura nella misura in cui l'essere creativi permette il cambiamento di atteggiamento verso se stessi e verso la vita. Attraverso il processo creativo insito in ciascuna persona, si rende possibile un aumento della potenzialità dell'individuo che, integrandosi nel tessuto di gruppo porta la propria ricchezza, offrendo all'altro una relazionalità che è sostegno per lo sviluppo di sé.

Per Perls, Hefferline e Goodman (1951) la creatività è uno strumento utile allo psicoterapeuta che può orientarsi eticamente verso la cura avendo fiducia nella sua capacità di autoregolarsi e di andare con spontaneità verso il contatto con l'altro, al fine di effettuare la migliore scelta realizzabile in quel dato momento e in quella specifica contingenza. L'etica del terapeuta nella psicoterapia della Gestalt, combacia con la sua estetica, ossia con l'essere predisposto a cogliere nel paziente e con il paziente gli aspetti relazionali impliciti e nuovi, quello che di bello, inaspettato, importante, improvviso, può emergere dallo sfondo in qualunque momento del loro incontro.

Perls per primo si è concesso la possibilità di essere creativo utilizzando il proprio senso dell'inventiva, il modo di creare apprendimento drammaturgico nella situazione umana, la sperimentazione, l'evoluzione di nuovi concetti a partire dal suo senso del coraggio.

Facendo ricorso a varie fonti, tra cui le tecniche teatrali di drammatizzazione, Perls attivò un processo di sintesi creativa, volta al risveglio della libertà e creatività individuale, riuscendo ad elaborare un sistema terapeutico. Una possibilità creativa nasce, secondo l'autore, dalla sofferenza stessa che permette all'individuo, psicoterapeuta per primo, di vedere più chiaramente, sentire più intensamente e agire più coraggiosamente.

Tra i suoi allievi coloro che hanno evidenziato il ruolo centrale della creatività nell'operato dello psicoterapeuta gestaltico è Joseph Zinker e in ambito italiano Antonio Ferrara, Margherita Biavati, Elisabetta Conte, Rosanna Militello.

Joseph Zinker

Joseph Zinker sostiene (1978) che la terapia, attraverso la creatività del terapeuta, ha l'obiettivo primario di offrire al paziente la possibilità di contattare il mondo attraverso i propri sensi. Il contributo peculiare della psicoterapia della Gestalt è la focalizzazione sulla *trattà*, quello spazio al confine tra l'io e il tu. L'unica realtà che ci è dato di conoscere è il *qui ed ora*, lo spazio dell'incontro appunto, il manifestarsi di esseri-in-relazione in un dato spazio fenomenico.

Zinker sottolinea come sembra un male comune tra i terapeuti quello di non considerare se stessi

come artisti impegnati in un processo creativo e definisce la creatività come “l’atto in sé, la fruizione di ciò che urge, che chiede di essere affermato; è la rottura dei confini, l’affermazione della vita oltre la vita; è un atto di coraggio: sono disposto a rischiare il ridicolo e il fallimento per poter sperimentare” (p. 19).

Secondo questa prospettiva ogni seduta di terapia ha un suo flusso e una struttura intrinseca: comincia con una semplice condivisione reciproca di consapevolezza che viene incanalata dal terapeuta verso un tema significativo; inizia così un processo di trasformazione. Questo cambiamento è possibile perché le parole nuove permettono di modificare l’esperienza, le idee, le parole e le immagini che l’individuo si è precedentemente costruito e sulle quali ha, fino al qui ed ora della terapia, sviluppato la propria esistenza. La terapia si configura, quindi, attraverso la capacità creativa del terapeuta, come un processo di cambiamento della consapevolezza e del comportamento. In altri termini, sottolinea Zinker, “il *sine qua non* del processo creativo è il cambiamento: la trasformazione di una forma in un’altra, di un simbolo in un’intuizione, di un gesto in una nuova serie di comportamenti, di un sogno in un’attuazione drammaturgica” (p. 20).

La creatività in psicoterapia porta ad un percorso di trasformazione, metamorfosi e cambiamento. La relazione tra due persone diventa creativa quando il loro incontro possiede il flusso e il senso della trasformazione reciproca. In questo senso diventa di primaria importanza il ruolo ricoperto dal terapeuta, ma anche quanto il paziente mette in gioco se stesso nella relazione con il terapeuta che ha il compito di creare un terreno fertile per l’esplorazione attiva del paziente verso se stesso. La psicoterapia della Gestalt è descritta come “creativa”, come un incontro, un processo di crescita, la soluzione di un problema, una forma di apprendimento e un’esplorazione dei desideri del paziente, ma al contempo anche del terapeuta.

Nel processo creativo, come avviene nell’innamoramento, si entra in contatto con noi stessi, la nostra dolcezza, le nostre fantasie, le intenzioni e i pensieri profondi, lasciando che l’altro sia senza violare la sua integrità umana unica. Il sentimento d’amore verso il paziente è

agapico e questo genera fiducia. Questo processo coinvolge gli aspetti più vulnerabili della persona, ci deve essere sempre fiducia da entrambe le parti perché i loro sentimenti si possano svelare. Il fatto che il terapeuta abbia la possibilità di rifiutarsi e che scelga di non farlo, dà all’esperienza una grande rilevanza. In presenza di una persona che sentiamo accettarci totalmente, emergono i nostri più profondi sentimenti di autostima, di amore per noi stessi e conoscenza di sé. Il processo creativo è terapeutico in sé perché ci permette di esprimere la nostra vita interiore. Nel processo della creazione estendiamo la psiche, toccando gli aspetti personali e archetipici delle nostre origini. Ogni incontro creativo è la ricerca e la parziale soluzione di un “problema”. Il terapeuta tenta di creare una condizione in cui il paziente possa concretamente sperimentare il cambiamento del suo comportamento attraverso tre stadi sovrapposti e talvolta paralleli:

- seguire la natura dell’esperienza immediata,
- fare delle ipotesi teoriche sul paziente senza esplicitarle,
- inventare delle modalità con cui il paziente si conceda di esplorare concretamente le difficoltà che porta all’interno del setting.

Il terapeuta cerca di stabilire una mappa cognitiva adeguata che includa l’esperienza che il paziente ha di se stesso e di indicargli le azioni da intraprendere per rendergli possibile la soluzione. Il terapeuta deve conoscere com’è fatto il terreno in modo che il suo sentiero porti la persona dove vuole andare, nel momento in cui è pronto a farlo. Il terapeuta dovrebbe essere vissuto come un “lubrificante”, piuttosto che come la fonte della conoscenza. Al terapeuta è richiesto di stare al passo col processo di un’altra persona ed evitare di spingerla avanti prematuramente con affermazioni pre-concette. Il terapeuta creativo deve aprire la porta alla proiezione creativa del paziente che inizia così un dialogo con il sé che viene poi concretizzato in un concetto, una scultura, un comportamento.

Ognuno, il terapeuta in prima persona, dipinge il mondo con i colori della propria vita interiore a partire dalla sua proiezione che diventa creativa in tre stadi:

- inizialmente l’individuo impara ad appropriarsi di ciò che teme nel mondo,

- in seguito, inizia a costruire un dialogo tra la sua crudeltà e la sua gentilezza o qualche altra polarità dentro di sé,
- infine, trasforma il suo conflitto in un prodotto, in un atto concreto.

Il terapeuta creativo non recide i conflitti, ma permette alla persona di entrare in contatto con l'energia congelata nel conflitto rendendola disponibile per nuovi utilizzi funzionali da parte del paziente.

Zinker sostiene che alla base della capacità creativa del terapeuta ci debba essere il totale impegno verso l'altro, mantenendo la propria identità e i propri confini. Essere una presenza concreta per un paziente afferma la validità della sua esistenza, permettendogli di iniziare a comprendere la propria natura e di sviluppare il coraggio di sperimentarsi in nuovi comportamenti. Il terapeuta creativo vede il paziente nella sua completezza. La psicoterapia della Gestalt, quindi, secondo Zinker, è realmente il "permesso di essere creativi".

Il processo creativo viene ostacolato quando paziente e terapeuta involontariamente si identificano con parti separate della personalità del paziente: il terapeuta auspica il cambiamento e il paziente combatte per la sua integrità che per quanto disfunzionale, crea uno pseudo equilibrio per il paziente che cerca di rimanerci ancorato. È in questo processo di condivisione ritmica e di esplorazione interiore che la struttura e la personalità del paziente inizia a modificarsi, a prendere una nuova forma. Il terapeuta, proprio come fa un poeta, dovrebbe essere capace di stimare tutto ciò che lo circonda, compresa l'esistenza del suo paziente con tutte le sue peculiarità (aspetto fisico, smorfie, portamento e modo di camminare) e da questo trovare l'ispirazione per esprimere tutta la sua capacità creativa, che non si esplicita esclusivamente nell'atto creativo del terapeuta, ma attraverso un lungo processo, i cui canali di espressione spesso sono di difficile comprensione.

Il paziente deve essere accompagnato gradualmente attraverso diverse esperienze, prima di poter cogliere una nuova idea di se stesso e dirigersi in questa direzione, senza che vi sia da parte del terapeuta nessun tentativo di "accelerare" il processo di sviluppo del paziente e, quindi, la capacità creativa deve essere in un

certo senso "cucita" addosso al paziente, soprattutto in relazione alla sua capacità e al suo desiderio di attuare o meno un cambiamento. Un altro aspetto importante nel processo psicoterapeutico consiste nel rimanere aperti alle innumerevoli possibilità esistenti nella persona. Il lavoro del terapeuta consiste nell'individuare, usare e modificare l'energia bloccata del paziente funzionale ad un comportamento nuovo, più adattivo, più fluido; se il paziente non riesce a capire dove è collocata la sua energia il terapeuta la può "pompate". Lo psicoterapeuta della Gestalt può tradurre le proprie intuizioni in atti sperimentali: questi esperimenti, se ben sviluppati, possono riuscire a rompere gli schemi caratteriali esistenti. Il salto creativo è il vertice delle intuizioni cliniche e dell'inventiva coraggiosa dello psicoterapeuta. Il processo creativo che prende forma sta in equilibrio fra la base esperienziale conosciuta dal paziente da una parte, e il salto comportamentale su territori estranei, sconosciuti, dall'altra. Il salto creativo spezza le regole, spesso l'innovazione richiede la rottura delle regole a favore della propria inventiva e dei propri salti intellettuali, così come la capacità di dare forma all'azione.

Finché il terapeuta ascolta le sue intuizioni, segue le sue "allucinazioni", senza cascare nella visione ristretta che ha l'altro della realtà, concede al paziente l'opportunità di formare una nuova immagine di se stesso. Per inventare nuove occasioni per l'altro, il terapeuta deve imparare ad ascoltarlo senza avere precise volontà, a vigilare senza diventare pedante.

Il terapeuta gestaltico deve condurre all'integrazione creativa le polarità del paziente, stando attento a non allearsi con una di queste perdendo la visione della completezza dell'esperienza e dell'espressione del paziente: il terapeuta creativo dovrebbe osservare il paziente senza fissarlo, valutarlo o giudicarlo. Il terapeuta creativo può comprendere il processo dell'esperienza in corso senza spingere il fiume.

Fare lo psicoterapeuta, è come fare l'artista; il terapeuta efficace "modella" la vita; crea l'ambiente, l'atmosfera ricca e intima in cui il paziente trova lo spazio per esprimere la propria integrità in maniera completa.

Quali sono quindi le caratteristiche del terapeuta creativo? L'essenza del terapeuta come persona:

i suoi valori e gli atteggiamenti; le sue capacità, le competenze, le tecniche.

In questa prospettiva, il terapeuta creativo deve avere un ricco retroterra personale, celebrare la vita, l'essenza, la bellezza, la bontà, le capacità e le possibilità in divenire dell'altro, possedere una ricca immaginazione interiore, essere esteticamente sensibile. In questa modalità di vedere il processo terapeutico entra a far parte del percorso psicoterapeutico anche il gioco, aspetto essenziale della vita creativa, intendendo con questa capacità di "giocare", quella di oltrepassare i confini del letterale, inventare contesti fuori dalle regole per situazioni di estrema piattezza; giocare significa sperimentare il nuovo con occhi curiosi.

Uno psicoterapeuta è un po' come un archeologo, come un bambino privo delle sovrastrutture tipiche degli adulti e soprattutto scevro dai pregiudizi, ama indagare anche le situazioni che appaiono come le più ovvie. Nel saper giocare del terapeuta e nel suo essere creativo può essere importante l'introduzione nella terapia dell'umorismo, soprattutto in considerazione del fatto che frequentemente il terapeuta sente sempre storie di sofferenza. L'umorismo è un alleato della terapia creativa perché permette di capovolgere il mondo, di rendere estraneo ciò che è familiare e viceversa. Anche se l'espressione sembra paradossale il terapeuta creativo ha la capacità di avere un "coinvolgimento distaccato" nei riguardi dell'esperienza di vita dell'altro. È in grado di essere empatico e al tempo stesso di rivolgere attenzione all'esperienza altrui senza rinunciare alla propria realtà interiore e al suo pensiero indipendente. È questo suo essere aperto e ricettivo verso l'altro e al contempo distaccato e attento al proprio processo interiore che rende il terapeuta utile al suo paziente.

Un atteggiamento, a cui Zinker attribuisce molto valore nel suo lavoro, è il piacere di prevedere una soluzione o un'intuizione e come si riscontra anche in molti scritti di grandi artisti o scienziati, di solito più è chiara questa piacevole pregustazione del processo, più è prevedibile che l'intuizione si rivelerà un successo. È come se ci fosse alla base di queste intuizioni un processo inconscio che raccoglie indizi sul risultato atteso. Ovviamente il terapeuta, nel momento in cui ha una previsione non ne rende immediatamente partecipe il paziente e non si precipita verso

l'esito desiderato della seduta terapeutica. Il terapeuta si muove come un radar, in grado di rinforzare il materiale, vedere dove si indirizza e continuare a muoversi di pari passo con esso fino al momento in cui la persona è in grado di sorprendere se stessa con un'esperienza intuitiva (altrimenti detto *insight* in ambito psicoanalitico). Il terapeuta deve avere altre importanti qualità: la capacità di meravigliarsi, di assumersi dei rischi, di sperimentare usando se stesso, il paziente e gli oggetti del setting a favore della creazione di nuove visioni della persona. La comparsa improvvisa dell'intuizione, come il senso dell'urgenza, la sensazione che sia la cosa giusta, che conferisce a tutto ciò un alone di magia. Il paziente non viene reso partecipe di tutti i dettagli dell'intuizione: il terapeuta per essere innovativo, deve toccare i principi concreti su cui si basano le affermazioni astratte del suo paziente, di separare la parola dall'esperienza, di ascoltare le parole e visualizzare l'evento e può creare delle situazioni "drammatiche" che modellano e modificano la vita del paziente proprio sotto i suoi occhi. Il terapeuta della Gestalt può utilizzare anche la metafora espressa dal paziente come strumento per analizzare le fondamenta dell'esperienza. Un bravo terapeuta intuisce quando un particolare dato può offrire dei risultati.

Secondo Zinker, altre caratteristiche professionali del terapeuta creativo sono:

- il senso del tempo,
- la capacità di intuire dove poter raggiungere, animare, scuotere emotivamente il paziente,
- sapere dove sono i pulsanti psicologici e quando premerli,
- la capacità di cambiare marcia e lasciare andare qualcosa e spostarsi ad altre aree più vive,
- la volontà di spingere, affrontare, lusingare, persuadere, ravviare la persona per farla lavorare,
- la saggezza di sapere quando lasciare il paziente nella sua confusione in modo che impari a sviluppare la propria chiarezza.

Il terapeuta creativo è capace di integrare poli opposti di muoversi all'interno della terapia:

- afferrare ciò che porta il paziente e allo stesso tempo riuscire a lasciarsi andare oltre,
- essere attivo ma vivere in una meraviglia passiva e ricettiva,

- riuscire a focalizzare i particolari e in contemporanea a vedere l'intero, la Gestalt,
- tenere sotto controllo il processo e lasciarlo fluttuare liberamente,
- vivere nella certezza permettendosi però di sperimentare la confusione,
- essere serio e professionale, ma riuscire a giocare, anche attraverso l'utilizzo dell'umorismo,
- essere curioso e permettersi di fluttuare anche nell'apatia,
- sperimentare i desideri in sequenza e vedere l'intero simultaneamente,
- darei i nomi alle cose e sperimentare le immagini spaziali,
- essere intellettuale e seguire le intuizioni.

La persona creativa deve avere la capacità particolare di immergersi nel suo emisfero destro intuitivo e ricco di immagini e di trarre vantaggio dalla sua esperienza grazie a quello sinistro.

Zinker, alla luce dell'importanza che attribuisce alla capacità creativa del terapeuta nel processo di cambiamento del paziente, descrive il pericolo del terapeuta di incorrere nel blocco della sua creatività che può avvenire in due modalità:

- in primo luogo, la sua formazione professionale e l'orientamento teorico ne formalizzano il lavoro entro un rigido quadro di riferimento,
- in secondo luogo, può essere bloccato per la difficoltà stessa di comprendere la creatività.

Soprattutto se il suo retroterra è scientifico o orientato alla ricerca, egli si trova davanti alla rigida dicotomia, secondo la quale la scienza e l'arte non si mescolano; se non è impedito da questa, può comunque essere intimidito dall'idea che la creatività sia un talento speciale appannaggio di pochi che hanno ricevuto questo dono.

Quando il terapeuta fa lo sforzo di comportarsi "creativamente" nel suo lavoro, incontra enormi resistenze interiori e può incorrere in diversi blocchi della creatività:

- *La paura del fallimento*: il terapeuta non rischia, assume una posizione cauta; generalmente viene percepito come un sostegno, ma non come qualcuno che sprona e dà energia; in questo caso c'è la possibilità che non vi sia un

reale processo di trasformazione e cambiamento nel paziente.

- *La riluttanza verso il gioco*: tipica del terapeuta severo che ha difficoltà a vivere l'umorismo nel suo lavoro e che nel mettersi letteralmente in "gioco" si sente ridicolo e non riesce a cogliere la ricchezza di questa opportunità creativa in terapia.
- *La miopia per le risorse*: questo terapeuta in genere parla troppo. È principalmente cognitivo e non riesce ad esplorare la relazione del paziente con l'ambiente, perdendo conseguentemente molti elementi che sono presenti all'interno del setting e che non "sfrutta" come elementi di sviluppo.
- *L'eccesso di sicurezza*: il terapeuta troppo sicuro è in genere legato esclusivamente a una scuola terapeutica; si fissa con l'uso di tecniche specifiche senza considerare il fatto che la tecnica di per sé poco offre al processo di cambiamento se non viene inserita all'interno di un setting e senza che vi sia un'attenzione alle caratteristiche peculiari del paziente e al processo di cambiamento. Anche in questo caso il terapeuta può essere considerato miope.
- *L'evitamento della frustrazione*: ogni terapeuta ha il suo punto debole, ha difficoltà a trattare alcune aree che il paziente porta in terapia. Questo terapeuta può negare o evitare la frustrazione che ne deriva, indirizzando inconsciamente gli argomenti o i temi verso campi di cui ha esperienza e si sente sicuro, con l'evidente rischio di non portare il paziente verso l'esplorazione delle problematiche oggetto della domanda di terapia.
- *L'atteggiamento abitudinario*: il terapeuta che a sua volta ha ricoperto il ruolo di paziente ha la tendenza a ricalcare il modello appreso dal proprio didatta, assumendo il ruolo del modello di terapeuta ideale anziché ricercarne uno naturale che si confa maggiormente alla sua personalità e che gli garantisce autenticità e la possibilità di collocarsi all'interno della relazione terapeutica in una posizione che lo mette a suo agio con se stesso e con il paziente.
- *La fantasia impoverita*: spesso questo terapeuta ha una vita fantastica limitata; si sintonizza sulla sfera pratica e situazionale del paziente invece che sulla fantasia e sui sogni.
- *Paura dell'ignoto*: il terapeuta che fa esperimenti nel suo lavoro corre il rischio di entrare in un territorio emozionante, del tutto nuovo e deve

quindi avere il coraggio di immergersi in una nuova dimensione a lui sconosciuta.

- *Bisogno di equilibrio*: in questo caso il terapeuta mostra l'incapacità di tollerare il disordine, la confusione, l'ambiguità e di non riuscire a stare dentro la dimensione psicoterapeutica.
- *Riluttanza all'esercizio dell'influenza*: alcuni terapeuti assumono ruoli morbidi, di blando aiuto, di genitori comprensivi, tolleranti, non giudicanti, elusivi. Questo offre al paziente la sicurezza di essere accettati, indubbiamente funzionale al percorso psicoterapeutico, ma c'è il rischio di offrire poche reali possibilità di cambiamento al paziente che troverebbe certamente accoglienza senza essere però realmente accompagnato nel suo processo di auspicabile cambiamento.
- *Riluttanza a lasciare andare*: il terapeuta nel percorso terapeutico in quanto "osservatore" attivo del cambiamento del paziente, prima di costui riuscirà a cogliere le potenzialità di cambiamento che avverranno, ma forzare la mano per arrivare alla risoluzione dei problemi comporterebbe l'impossibilità da parte del paziente di fare suo il cambiamento stesso.
- *Impoverimento emotivo*: implica il non riuscire ad apprezzare il potere motivazionale dell'emozione. Il terapeuta deve far fluire le emozioni del paziente e accoglierle, di qualsiasi natura siano; il terapeuta bloccato emotivamente si paralizza quando il suo paziente, ad esempio, piange o alza la voce. Non ha imparato i metodi per intensificare le emozioni, i sogni, i sentimenti forti che migliorano e rendono più profonda l'esperienza della persona.
- *Mananza di integrazione Ying-Yang*: il terapeuta non usa la giusta contrapposizione per giungere all'essenza delle cose; ha un concetto rigido di sé ed è quindi limitato nella valutazione del comportamento altrui. Egli sa cosa è bello o brutto. Manca di sottigliezza estetica e rischia di essere giudicante nei riguardi del paziente.
- *Torpore sensoriale*: un terapeuta bloccato sensorialmente è soprattutto verbale e concettuale nel suo lavoro. Riesce a chiarire i problemi e a sollevare domande pertinenti, anche di elevata qualità. Egli capisce la natura umana, ma è bloccato nella comprensione sensoriale dell'umanità concreta: il qui ed ora del suo paziente.

Gli obiettivi della sperimentazione creativa all'interno del setting terapeutico sono:

- ampliare il repertorio comportamentale della persona,
- creare quelle condizioni che aiutino la persona a vedere la propria vita come una propria creazione,
- stimolare l'apprendimento esperienziale della persona e l'evoluzione di nuovi concetti di sé a partire da creazioni comportamentali,
- portare a termine le situazioni incomplete e superare i blocchi,
- integrare la comprensione a livello corticale con le espressioni motorie,
- scoprire le polarizzazioni di cui il paziente non ha consapevolezza,
- stimolare l'integrazione di forze conflittuali nella personalità,
- smantellare e reintegrare gli introietti e rimettere al loro posto i sentimenti, le idee e le azioni,
- stimolare le circostanze in cui la persona può sentirsi più forte, più competente, con maggiore auto-sostegno, più esplorativa e attiva verso di sé.

Il processo solitamente si evolve seguendo questa sequenza:

- preparare il terreno,
- negoziare il consenso tra terapeuta e paziente,
- graduare il lavoro in base alle difficoltà del paziente,
- portare in superficie la consapevolezza del paziente,
- localizzare l'energia del paziente,
- incanalare la consapevolezza e l'energia verso lo sviluppo di un tema,
- generare auto-sostegno sia per il cliente sia per il terapeuta,
- scegliere un particolare esperimento,
- mettere in atto l'esperimento,
- feedback da parte del paziente – insight e conclusione.

**Il pensiero di altri gestaltisti italiani:
Antonio Ferrara, Margherita Biavati,
Elisabetta Conte, Rosanna Militello**

I contributi presentati in questo paragrafo sono stati estratti dagli interventi di alcuni gestaltisti

afferenti a varie scuole di Psicoterapia della Gestalt italiane e presenti negli *Atti del II° Convegno della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt* (Francesetti, Gegele, Gnudi e Pizzimenti, 2011).

Tra questi, Antonio Ferrara evidenzia come, la psicoterapia sia un'esperienza creativa, paragonabile all'esperienza in ambito teatrale, dove si manifestano le linee guida della mappa esistenziale del soggetto; quando questa emerge, attraverso la drammatizzazione diventando azione, produce consapevolezze che permettono la rivelazione.

Margherita Biavati, invece, sottolinea come frequentemente le persone si impegnano in percorsi di crescita per dare senso ai conflitti e trasformare il caos che stanno vivendo in ordine e armonia. Il processo terapeutico può aiutare la trasformazione di una persona.

Il terapeuta di solito sostiene il paziente nel setting per aiutarlo a superare il senso di vuoto, confermandolo nel suo agire, osservando la sua comunicazione a tutti i livelli dell'esperienza sensoriale, corporea, emozionale, verbale cogliendo i momenti in cui stimolare senza bloccare l'azione in atto, per poi ritirarsi quando il flusso energetico diventa forte e auto-trascinante. L'atteggiamento partecipe e allo stesso tempo neutrale del terapeuta stimola il paziente a mettersi in gioco, fino a provocare l'abbandono degli automatismi e l'aggancio a modalità significanti nel loro svolgersi.

Il terapeuta può portare trasformazione se, pur essendo in sintonia con l'altro, non si lascia trascinare dai bisogni del paziente ma resta attento e centrato su ciò che vuole, sui limiti, sulle differenze e sulle potenzialità creative. Il terapeuta non può prevedere la natura delle forme creative che emergeranno, ma può lottare assieme al paziente per tentare di trovare con lui altri significati.

Elisabetta Conte evidenzia come lo psicoterapeuta non si focalizza sulla persona, ma sulle modalità relazionali attraverso le quali si costruisce, o si blocca, la sua esperienza di contatto. Per Conte essere terapeuta creativo vuol dire: non perdere mai la fiducia nella forza creativa del sé, accogliere con umiltà ogni gesto o parola del paziente sapendone cogliere il

fascino e le cento possibilità, non perdere la curiosità di poter riconoscere in ciascun paziente il suo stile, la generosità con cui rischia di aprirsi e infine, credere nel proprio lavoro.

Rosanna Militello rivolge invece la sua attenzione al luogo inesplorato in cui paziente e terapeuta, solo se sono disposti ad osare, possono cominciare a co-creare la loro danza che si arricchisce, all'interno di un campo sicuro e chiaro, di una musicalità sempre nuova. Lo stare in contatto con ciò che accade nel qui ed ora, diventa la zona franca in cui cominciare a costruire la relazione terapeutica finalizzata a ricomporre "i cocci" del Sé.

Il terapeuta, in questa avventura verso vie sconosciute inizia a tendere la mano verso il suo paziente, ad aprire spazi alla creatività. Il darsi la possibilità di creare permette l'emergere di nuove figure da uno sfondo. La creatività può essere usata solo quando riusciamo a cogliere il *χαίρως*, "fare la cosa giusta al momento giusto", solo restando aperti al nuovo, pronti e ricettivi di fronte alle richieste, sensibili al campo e a ciò che succede nel qui ed ora della relazione terapeutica. Il processo creativo è il modo più agevole di entrare nelle pieghe del dolore del paziente.

L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ DEL TERAPEUTA SECONDO LA PSICOTERAPIA SISTEMICO-FAMILIARE

La struttura familiare è l'invisibile insieme di richieste funzionali che determina i modi in cui i componenti della famiglia interagiscono una famiglia è un sistema che opera tramite modelli transazionali. Transazioni ripetute stabiliscono modelli su come, quanto e con chi stare in relazione. Questi modelli definiscono il sistema.

Salvador Minuchin

David K. Carson, Kent W. Becker, Kevin E. Vance e Nancy L. Forth

Carson, Becker, Vance e Forth (2003) sottolineano l'importanza della creatività nella psicoterapia familiare in particolare si sono occupati, attraverso la loro ricerca, di delineare la

percezione che gli psicoterapeuti sistemici hanno circa la loro creatività. La creatività, secondo questi autori, nella terapia con le coppie e con le famiglie è importante e richiede più creatività in pensieri ed abilità. Il pensiero creativo e l'esperienza sono spesso quello che porta alla reale e duratura apertura nel lavoro con la coppia e con la famiglia.

Gli autori parlano di "creatività emozionale" per indicare il modo in cui i terapeuti riescono a liberare i pazienti dal loro controllo emozionale e ad esprimere l'intero range di emozioni umane in modo costruttivo, in un ambiente sano e rinforzante: tutti elementi essenziali per il cambiamento. Lo sblocco affettivo di energia creativa e la catarsi emozionale spesso aiutano i membri della famiglia a guarire.

Il coinvolgimento emotivo del terapeuta con i membri delle famiglie, insieme all'opportunità di sperimentare ed esprimere emozioni una dietro l'altra nella terapia possono essere importanti primi passi per lo sviluppo di nuovi pattern nella relazione tra i membri delle famiglie.

Usando una metodologia online, hanno cercato di investigare le percezioni del terapeuta e del ruolo della creatività nella terapia con la coppia e con la famiglia.

Ai partecipanti, tutti psicoterapeuti di orientamento sistemico, è stato chiesto di rispondere a quattro domande a risposta aperta in cui si chiedeva:

- quale significato attribuivano alla parola creatività,
- quali fossero le caratteristiche di un terapeuta familiare creativo,
- quali sono stati alcuni interventi creativi che loro stessi avevano usato con le coppie e con le famiglie e
- quali erano secondo loro "le barriere" che ostacolavano la loro creatività di terapeuti.

Lo strumento, che nella prima sezione richiedeva i dati anagrafici di ogni terapeuta, prevedeva nella seconda sezione sedici item quantitativi, ognuno presentato in una scala Likert a cinque punti, finalizzati a misurare:

- l'estensione con la quale i partecipanti hanno visto se stessi come creativi,
- la percezione di come gli altri hanno visto la loro creatività,
- il grado con cui loro hanno applicato la loro creatività in terapia,

- le limitazioni alla loro creatività come terapeuti,
- il tempo che hanno speso per sviluppare la loro creatività.

Alla fine, le quattro domande aperte hanno offerto l'opportunità ai partecipanti di condividere le loro prospettive nei vari aspetti di creatività nella terapia familiare.

Dalle risposte dei 142 terapeuti intervistati è emerso che il ruolo della creatività nel lavoro con le coppie e con le famiglie include l'abilità di applicare modalità tradizionali a nuovi pazienti e a situazioni più recenti. Altra abilità emersa è quella di essere abili di pensare ed agire su due piedi, essere capaci di improvvisare e correre i rischi e di connettersi con la parte intuitiva e creativa di noi stessi e dei nostri pazienti. Ciò che è stato dimostrato dalle risposte dei terapeuti è la multisfaccettatura della natura della creatività nella terapia con le coppie e con le famiglie. Un accurato esame delle risposte ha indicato che la creatività era vista come un modo di concettualizzare e di intuire, di agire e intervenire, di comunicare attraverso la comunicazione verbale e non verbale, di cooperare con il paziente e di accettarlo.

È stata descritta anche come modalità ed esperienza che consiste nell'empatizzare con il paziente, nel creare opportunità per la connessione emozionale e per lavorare attraverso i membri delle coppie e delle famiglie. La ricchezza e la varietà di queste risposte ha supportato la nozione che la creatività gioca un unico importante ruolo nel lavoro clinico.

Tra le caratteristiche del terapeuta familiare creativo le tre più importanti, frequentemente riportate sono state: la flessibilità, la disponibilità a correre il rischio e il senso dell'umore; altre comunemente indicate sono state: l'intuizione, l'apertura mentale, il pensare al di fuori del sé, la spontaneità, il coraggio, l'energia, la fiducia e il senso della spiritualità. Dal loro punto di vista la terapia familiare creativa è fortemente associata con le qualità personali del terapeuta. Queste caratteristiche possono riflettere sia la personalità del terapeuta che il suo grado di esperienza nel campo.

Alcuni degli interventi creativi, più frequentemente riportati sono stati: il role play, l'inversione di ruoli, lo psicodramma, vari tipi e usi di scultura, il genogramma, il disegno della famiglia, l'arteterapia, la costruzione di murales e

collage, la costruzione di storie, parabole e fiabe, metafore e analogie, l'immaginazione guidata, l'ipnosi ericksoniana, la scrittura di lettere e altre forme di terapia narrativa, gli interventi gestalt con vari utilizzi della "sedia vuota". Specifici esempi di intervento, riportati sono stati:

- lasciare qualche volta che il paziente prenda il ruolo del terapeuta, inclusi i bambini,
- chiedere ai bambini di trovare una soluzione per i loro genitori e chiedere alla famiglia di cercare una soluzione insieme,
- far utilizzare a tutti i membri della famiglia insieme, poemi, film, canzoni, titoli di libri, racconti di storie da cui partire per esprimere sensazioni, illustrare conflitti o dipingere un'idea,
- far creare a coppie e famiglie un video di una famiglia più felice nel loro futuro,
- far disegnare a coppie e famiglie il loro piano di trattamento come se la situazione e i problemi fossero capitati ad amici,
- filmare i membri delle famiglie che lavorano in un progetto insieme in terapia, poi mostrarglielo per imparare le dinamiche dei pattern di interazione,
- usare l'associazione di parole e di fotografie per aiutarli a comunicare le sensazioni e il bisogno l'uno dell'altro,
- far esprimere ad ogni membro della famiglia un desiderio per qualcosa che vorrebbe avere di diverso,
- usare il gioco delle monetine per determinare chi domanda e chi risponde a proposito di certi problemi o argomenti.

David V. Keith

Secondo Keith (1987) l'intuizione è una componente del lavoro clinico alla quale si guarda con sospetto, dovuto in parte all'associazione medievale che legava l'intuizione alla figura di personaggi magici, le "streghe".

Nel Medioevo, infatti, mentre la nuova visione del mondo basato sulla scienza stava emergendo, c'è stato uno sforzo per epurare tutto ciò che era non razionale o intuitivo. Si credeva che le donne "nascondessero il segreto della vita nel loro essere". Questi poteri misteriosi erano collegati ad una irrazionale e intuitiva influenza sulla natura. L'intuizione nell'educazione della clinica non viene presa in considerazione, il costo è

quello che la nostra comprensione dei pazienti e di noi stessi in relazione con il paziente sia limitata.

L'intuizione non è una cosa, ma un informale e inconscio processo di attraversare gap logici o potremmo dire, al contrario, che noi usiamo la logica per creare ponti tra i gap della nostra intuizione?

Senza l'intuizione non possiamo apprezzare o capire la ricchezza delle relazioni. Intuizione può anche significare la capacità di sapere o apprendere una cosa immediatamente senza una ragione o senza che venga insegnato. L'uso dell'intuizione con le famiglie dipende da una credenza profonda nell'efficacia dell'inconscio. Le componenti intuitive del sapere sono più disponibili in una relazione professionale intima o sicura. Non lavorare da soli, ma bensì fare un libero uso di coterapeuti e supervisori è fondamentale, il lavoro con due terapeuti che si uniscono permette di creare un terapeuta completo e quindi di espandere la creatività. Un team di coterapia creativa è modellato grazie all'interazione dei loro rispettivi emisferi: l'emisfero sinistro che è quello che segue il protocollo e l'emisfero destro che è quello intuitivo, irrazionale e non verbale. La relazione tra i terapeuti è il corpo calloso tra questi due emisferi. Gli individui sono prevalentemente dominati dall'emisfero sinistro, le famiglie sono dominate da quello destro, il processo inconscio prevale. Allo stesso modo un team di coterapia ha più accesso all'emisfero destro rispetto ad un terapeuta che lavora da solo.

In altre parole, il processo di relazione è un complesso intreccio del Sé dei membri che la costituiscono e rende questi più disponibili. Nei nostri pattern di lavoro con le famiglie, troviamo più efficace quando l'intera famiglia è presente, intendendo per "intera famiglia", quella che include un minimo di due generazioni. Senza l'intera famiglia è necessario sviluppare e manipolare i costrutti intellettuali e le proiezioni. L'interazione tra questi costrutti e le proiezioni diventa un sostituto dell'esperienza interpersonale. Quando la famiglia è composta da frammenti o sottogruppi la nostra efficacia intuitiva associativa diminuisce. Detto in altri termini noi usiamo l'intero come un sostituto alla teoria. Senza l'intero quest'intuizione genera spostamenti ed errori che accadrebbero di meno.

Tutti i membri sono necessari per trarre un più solido contatto intuitivo con l'intero.

È importante includere i bambini nel lavoro con le famiglie per varie ragioni: in primis, come già detto, l'intera famiglia facilita l'accesso all'esperienza intuitiva, i bambini in particolare non indossano la sovrastruttura dell'emisfero sinistro che hanno i loro genitori, sono più liberi di giocare; avere i bambini nelle sessioni di terapia, significa includerli attivamente. I bambini hanno una qualità elusiva che colpisce entrambi, sia la famiglia che il terapeuta: validare le loro parole e il loro comportamento porta all'interno di un territorio intuitivo, così come il gioco porta i genitori in nuove zone esperienziali e associative. I bambini possono essere attivi o dirompenti a causa del loro livello di ansia, l'ansia dei bambini richiede che il terapeuta giochi con loro. Giocare con i bambini è usualmente un potenziamento intuitivo, anche se il comportamento può sembrare irrilevante. L'intuizione è sviluppata dalla comprensione del gioco in terapia, come pattern di comunicazione non verbale.

La discussione sulla creatività o sull'intuizione in psicoterapia, inevitabilmente porta alla riflessione che i terapeuti usino i loro pazienti per conoscere i propri fabbisogni inconsci, ma questo è un pericolo. Esiste una costante tensione tra l'essere creativi e commettere un errore, ma la creatività è una parte di "competenza" dello psicoterapeuta.

Ogni intervento può essere l'ultimo con una famiglia: il problema non è quindi quello di essere pericolosi, ma di essere troppo spesso inefficaci. Essere creativi è pericoloso: gli psicoterapeuti sono come genitori e se sono troppo controllati la loro capacità intuitiva può stagnare e prosciugarsi. Nella descrizione delle qualità necessarie per svolgere terapia esperienziale l'autore suggerisce quindi di giocare, di avere senso dell'umore, di apprezzare lo Ying e lo Yang, l'assurdità e la serietà, tollerare di mostrarsi nudi, specialmente quando è necessario farlo entrambi allo stesso tempo. Una componente importante nell'uso dell'intuizione è l'attenzione al contorno del paziente, un contorno del paziente che cerca espressione. Non ha bisogno di essere confessato alla famiglia.

L'intuizione, la componente creativa della funzione del terapeuta, è spesso eclissata da metodi più cognitivi.

L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ DEL TERAPEUTA SECONDO LA PSICOTERAPIA CENTRATA SUL CLIENTE

*La creatività è la manifestazione attiva
di un nuovo prodotto di relazione.*

Carl Rogers (1953)

Carl Rogers

Rogers (1969) introduce il tema della creatività in psicoterapia collegando al pensiero creativo l'estensibilità (ossia, l'apertura all'esperienza), la capacità di avere un luogo interiore di valutazione, la capacità di giocare con i concetti. Condizioni queste, che si realizzano quando l'individuo possiede la sicurezza psicologica (cioè la sensazione di non essere valutato, di essere comunque accettato) e la libertà psicologica (ossia la possibilità di esprimersi senza restrizioni).

Questo implica che il terapeuta in psicoterapia sia se stesso, non ricopra un ruolo ed entri in contatto con i suoi sentimenti più profondi; questa apertura alla creatività predispone alla capacità intuitiva dello psicoterapeuta.

Rogers indica anche la necessità dell'empatia, che disporrebbe all'ascolto con "il terzo orecchio", in cui il terapeuta entra in contatto regressivo con i propri sentimenti più profondi e questo gli offre la capacità di immaginare quello che il paziente può sentire in una determinata situazione. Egli dà il primato all'intuizione (1986) quando afferma che come terapeuta sente che nel momento in cui si avvicina al suo sé interiore, intuitivo, quando è in qualche modo in contatto con lo sconosciuto che è in sé e quando si trova in uno stato leggermente alterato di coscienza nella relazione, qualunque cosa faccia sembra piena di guarigione.

Rogers (1951), come elemento integrante dell'intuizione, annovera la capacità di cogliere l'incongruenza tra le affermazioni del paziente su se stesso e sui suoi atti o quando la

comunicazione verbale e non verbale sono in contrasto.

Rogers (1970), infine, descrive come ha progressivamente sviluppato una maggiore fiducia nei propri livelli intuitivi più profondi dicendo che egli crede nei sentimenti, nelle parole, negli impulsi, nelle fantasie, che emergono in lui. In questo modo sta usando soprattutto la sua parte cosciente, attingendo a tutte le capacità del suo organismo e l'intuizione può configurarsi come una fantasia che può essere semplice o più complessa e portare ad una sorprendente profondità di reazioni e intuizioni profonde.

Eugen Gendlin

Per Gendlin, allievo di Rogers, il processo intuitivo è il cuore stesso della tecnica terapeutica. Negli anni Settanta, attraverso l'osservazione e l'esperienza clinica ha sviluppato un processo psicoterapeutico denominato "focusing" (1969).

L'autore, ascoltando le registrazioni di numerose sedute di psicoterapia, notò che alcuni pazienti avevano una predisposizione naturale ad ascoltarsi (*natural-focuser*) e questo permetteva loro, più facilmente rispetto ad altri, di cambiare e di trovare nuove soluzioni. Questo era possibile in quanto i pazienti non espongono semplicemente il racconto della loro storia ma lo arricchivano delle sensazioni fisiche provate in quel momento (*felt-sense*); ciò determinava una trasformazione corporea (*body-shift*) che portava ad un ulteriore *felt-sense*.

Egli, partendo da questa scoperta si accorse che riusciva ad intuire fin dai primi colloqui quali pazienti avrebbero avuto un beneficio dalla psicoterapia e che questo modo di mettersi in ascolto di se stessi era possibile insegnarlo. Arrivò così a sistematizzare e formalizzare questo processo in sei passi.

I sei passi della messa a fuoco o *focusing* sono (1996):

- *Creare uno spazio*: questo è possibile a partire dal fare silenzio e cercando di rilassarsi per qualche minuto. Per far questo è importante ascoltare le parti del proprio corpo, cercare di percepirlo, portando l'attenzione all'interno

del corpo cercando di capire che cosa succede. Con qualunque sensazione è possibile o spostarla fuori mettendola in un luogo idoneo per se stessi (per esempio al proprio fianco), oppure porsi una domanda che riguarda se stessi e cercare di cogliere la risposta che proviene dalla percezione del corpo senza analizzarla; in questo modo viene creato uno spazio tra la persona e ciò che prova.

- *La sensazione sentita*: tra le tante sensazioni se ne sceglie una sulla quale "focalizzarsi" senza analizzarla, facendo attenzione al punto esatto del corpo in cui viene sentita, in modo da avere la percezione del problema.
- *Simbolizzare*: in seguito dalla stessa sensazione bisogna far sì che emerga una parola, una frase, un gesto, un'immagine, un suono che riesca a descriverla esattamente.
- *Risuonare*: si confronta la sensazione che si sente con la parola, la frase, il suono, l'immagine, ecc, per vedere se risuonano tra loro: questo produce un piccolo segnale fisico, un senso di sollievo o di rilassamento.
- *Porre domande*: la fase successiva prevede di porsi domande sul problema nel modo che lo si è appena descritto. Si trattiene questa sensazione, riportando l'attenzione al corpo e integrandola ancora una volta, fino a quando non si verifica un ulteriore cambiamento (*body-shift*).
- *Accogliere*: a questo punto si può accogliere il cambiamento, se pur minimo, come punto di partenza di un ulteriore *felt-sense*.

La tecnica della messa a fuoco ha l'obiettivo di dare (esplicito) significato, inizialmente non verbale, alle sensazioni corporee vissute al momento.

Gendlin (1969) quindi, attraverso questa sistematizzazione teorica, descrive come un terapeuta può empaticamente intuire, sulla base del proprio flusso di pensieri e di sentimenti, ciò che il paziente sta vivendo, oppure cercando di evocare la sensazione significativa che il racconto del paziente gli procura.

L'INTUIZIONE E LA CREATIVITÀ DEL TERAPEUTA SECONDO IL COSTRUTTIVISMO

I costrutti sono le chiavi di lettura che rendono

*il mondo intelligibile: se non disponessimo di tali
criteri di discriminazione, il fluire degli eventi
ci apparirebbe indifferenziato e di conseguenza
privo di significato*

George Kelly

Qual è secondo l'approccio costruttivista il funzionamento creativo dello psicoterapeuta?

Il costruttivismo asserisce che gli uomini costruiscono continuamente le loro realtà. Molti autori si sono posti questa domanda, sottolineando l'importanza che il dialogo terapeutico ha sugli effetti curativi, come aspetto centrale dell'approccio costruttivista. L'interesse nasce dal voler documentare le innovazioni interpersonali del terapeuta. I manuali possono fare da guida, ma non sono un rimpiazzo per la costruzione di relazioni e per la loro spontanea evoluzione in un contesto terapeutico.

George Kelly (1991) ha descritto la creatività come un ciclo nel processo di creazione dei significati, il "ciclo creativo".

Il ciclo comincia allentando il costruito di un soggetto, quando i significati sono allentati diventano più elastici, variabili, indistinti e il mondo è afferrato vagamente.

Kelly ha sottolineato che le persone sviluppano un'immensa varietà di significati attraverso i quali impegnarsi nella vita. Tutti gli aspetti del mondo personale sono aperti ad un'infinita varietà di costruzioni. Come risultato ogni viaggio terapeutico è unico: la relazione creata, basata sui significati personali del terapeuta e del paziente, sarà differente da qualsiasi altra relazione che si sarà formata nella stanza della terapia. Nella misura in cui questo è vero sia per il terapeuta che per il paziente, ogni contatto terapeutico è uno sforzo creativo.

Arthur C. Bohart

Bohart, psicoterapeuta originariamente di formazione rogersiana, nel corso del suo percorso di formazione approda all'approccio costruttivista. Egli descrive il ruolo della creatività e dell'intuizione come caratteristiche importanti di qualunque psicoterapeuta, al di là del suo orientamento. Il punto di vista sostenuto

dall'autore è quello costruttivista in cui la persona, psicoterapeuta in primis, è continuamente impegnata nella creazione di nuovi significati.

La creatività nasce dalla conoscenza tacita e intuitiva. Il processo creativo è una conoscenza che trova espressione attraverso le parole e i simboli che poi vengono rivisitati durante il processo stesso, usato anche dallo psicoterapeuta.

Questo implica che le intuizioni o le ispirazioni che colpiscono l'individuo non sono il prodotto di una deliberata analisi di pensieri. Spesso troviamo conferma di come le persone riescono a "funzionare" bene se non addirittura meglio, senza pensare. La creatività è una parte integrante del comportamento umano. L'autore fa alcune premesse per approdare alla sua idea di creatività: inizialmente sottolinea come la mente delle persone sia concepita come un sistema di analisi delle informazioni e quindi l'esperienza del conscio sia il prodotto di informazioni analizzate e interpretate a partire da schemi propositivi inconsci. L'unico motivo per cui non siamo consapevoli del fatto che si sta pensando è che tale pensiero avviene in modo rapido e non conscio. Ogni persona è un processore attivo di informazioni il cui sistema cognitivo gioca un ruolo attivo nella modalità di interpretare l'informazione.

Quanto esposto implica che "gli esseri umani hanno una notevole capacità di derivare le relazioni tra gli eventi", grazie al loro sistema cognitivo e grazie alla loro capacità di processare le informazioni. Per cui sono naturalmente predisposti ad essere creativi: lo dimostra il fatto che nessuna nuova situazione è esattamente identica ad una vissuta precedentemente, ma una persona può essere in grado di decidere se una situazione è strettamente simile ad una già vissuta ed usare le informazioni per interpretare creativamente la nuova circostanza.

Quando un individuo applica una conoscenza schematica già acquisita la utilizza come una chiave per capire una nuova situazione.

D'altra parte, il loro prodotto da una volta all'altra sarà lievemente differente o a volte significativamente diverso. Ogni applicazione di nuove conoscenze sviluppa leggere modifiche creative. I concetti nuovi si formano dall'esperienza: gli individui creano le realtà delle

proprie interazioni, continuamente formano concetti per aiutarsi a capire e affrontare situazioni. Tacitamente e intuitivamente, ogni persona sa considerevolmente di più di quello che può dire a proposito delle più svariate situazioni e questioni.

È per questo che questa conoscenza inizialmente raccolta in modo intuitivo, tacito e percettivo è spesso difficile da cambiare. Alcune cose semplicemente non sembrano giuste anche se la logica dice il contrario, queste cose non si adattano ai pattern che sono state sperimentate intuitivamente, come se una nota fosse al posto sbagliato in una melodia. Le persone testano ipotesi, pensieri, informazioni, dentro piccole scatole concettuali, ad un livello non conscio. L'uomo come sperimentatore estetico è primariamente una metafora percettiva. L'esperienza è pesantemente formata e creata dalla forma e dal ritmo dell'interazione. È possibile sentire le piccole cose che cambiano nel corso, nel ritmo, in meglio o in peggio: questo avviene immediatamente, tacitamente e senza pensare.

La maggior parte della conoscenza tacita è basata sull'individuazione di cambiamenti in elementi quali il ritmo, il flusso, la punteggiatura e la forma. Riusciamo a carpire quando qualcosa va male perché riusciamo a cogliere il sottile cambio nel ritmo.

L'emozione come parte dell'esperienza è altrettanto importante ed è un indizio significativo per come affrontare un particolare evento. È la raccolta esperienziale, tacita e intuitiva, di nuovi significati che costituisce la base della creatività. In alcune visioni cognitive, la creatività è competenza del conscio. L'idea che la creatività cresca dalla sensazione tacita, intuitiva e percettiva ha ricevuto supporto; la creatività e l'intuizione sono collegate.

Secondo Bohart, quindi, la natura dell'intuizione è percettiva. Le intuizioni arrivano in modo non concettuale, anche se l'intuizione è di per sé concettuale. Si manifestano come realizzazioni e c'è un senso di imminenza appena prima che compaiano, come avere la risposta ma non essere ancora in grado di articolarla. La creatività è un processo di elaborazione tra ispirazione e intuizione, generata da sensazioni che si traducono nell'uso di simboli o concetti come strumenti per formare qualcosa di utile. La parte

concettuale del processo è ugualmente importante alla parte ispirazionale che consiste nell'usare simboli per articolare ciò che è avvertito non verbalmente o percepito.

Questi simboli devono essere controllati per capire se sono utili all'articolazione o no. Questo processo di controllo solitamente, permette di affinare o portare avanti l'intuizione.

In altre parole, c'è un processo di sensazione/percezione che produce una simbolizzazione, che attraverso l'esperienza porta al controllo dei simboli che diventano sempre più raffinati fino a che una persona ha un prodotto creativo completo. Poi per essere sicuri che quest'intuizione sia utile, una persona deve vedere come il prodotto dell'intuizione appare da fuori e quindi se ci trova una contraddizione deve rivalutarla. Questo processo di controllo interno ed esterno è essenzialmente un processo di "montaggio". Bohart sostiene che l'intuizione consiste spesso nel raccogliere informazioni dall'ambiente, nella forma dei pattern di interazione che sono percepiti come ritmo e flusso. Questo implica però, che c'è un "là fuori" e che le persone raccolgono qualcosa da fuori.

Allo stesso tempo anche le cose raccolte percettivamente dipendono da dove guardiamo. Ciò che un soggetto vede e sperimenta dipende in parte da quello che ha intenzione di trovare: mentre il soggetto non costruisce interamente la realtà dove vive, certamente attua una selezione attraverso le percezioni su cui si focalizza.

Bohart sostiene che è probabilmente meglio dire che noi configuriamo le nostre realtà, piuttosto che costruirle, in due modi:

- attraverso i tipi di pattern sui quali poniamo attenzione,
- tramite il modo in cui interpretiamo i pattern.

L'atto dell'interpretazione include la formazione di concetti dalla nostra esperienza e il riempimento della nostra esperienza con concetti preesistenti e quindi formando nuovi significati dal modo in cui l'esperienza cambia o altera il nostro sistema concettuale.

Quando un soggetto concettualizza e interpreta, l'esperienza è più costruttivista; questo livello coinvolgerà i suoi schemi concettuali per interpretare l'esperienza, i suoi valori culturali, i suoi ideali, le sue teorie e così via. Quindi l'uomo fa entrambe le cose, individua e costruisce.

Andando avanti con la creatività, formando significati passo dopo passo, l'individuo annota e riconosce i pattern nell'esperienza, il che implica l'apertura alla ricerca di nuovi pattern: a questo punto li interpreta e li integra nel sistema di significato personale. Questo può portare a piccoli o rilevanti aggiustamenti in significati e concetti.

La creatività, quindi, è entrambe le cose: individuare e annotare nuove relazioni, configurarle e elaborarle.

Questo è un processo creativo anche se le forme base delle riflessioni empatiche sono reimpostate. Il terapeuta deve decidere in risposta ad una particolare comunicazione del paziente, quale fraseggio usare e su quali contenuti focalizzarsi. Non esiste una formula che un terapeuta deve seguire meccanicamente. Come procede il terapeuta in ogni momento è basato sul tacito e intuitivo riconoscimento di quello che sta succedendo, così come sulla sua profonda analisi di ciò che è saliente nella comunicazione del cliente.

Questo funziona per i terapeuti di tutti i tipi, loro dovranno essere continuamente inventivi e creativi a livello tacito. Le persone sono sempre state creative nel modo in cui applicano vecchi concetti a nuove situazioni. Solo nel modo in cui stanziano e attualizzano questi concetti in una nuova situazione si può dire che i terapeuti praticano sotto una terapia cognitiva manualistica, che stanno facendo la stessa cosa da una volta all'altra, con lo stesso cliente o da un cliente all'altro. C'è sempre un grado di innovazione nel modo in cui i terapeuti usano un particolare approccio con un particolare paziente.

I manuali hanno veramente bisogno di essere visti come strutture o piattaforme dalle quali improvvisare e innovare, piuttosto che un ristretto meccanicistico modo di praticare la terapia. Come nella vita di tutti i giorni, la pratica effettiva della terapia è creare una combinazione di vecchia conoscenza e idee con ciò che è nuovo e diverso intorno alla situazione e al paziente. Questo è anche vero perché le condizioni che incoraggiano intuito e creatività sono precisamente le opposte rispetto alla manualizzazione restrittiva.

È importante sospendere i giudizi, giocare con alternative possibilità e ritardare le ipotesi.

Questo non significa che i manuali non siano utili, ciò che dobbiamo sostenere ed insegnare è come seguire il manuale, ma come allo stesso tempo creativamente, "mescolarlo" e adattarlo ad ogni particolare paziente. In questo modo avremo buoni terapeuti che sapranno come infrangere le regole.

Bohart, nel descrivere la creatività come elemento inevitabile della personalità del terapeuta, evidenzia che negli approcci orientati alla scoperta il ruolo del terapeuta è considerevolmente più di improvvisazione, il terapeuta deve essere guidato da una serie di principi, ma c'è abbastanza libertà affinché possa applicare una buona innovazione individuale e essere flessibile all'interno della stanza della terapia, la terapia di approccio prescrittivo è invece molto più specifica e permette molto meno al terapeuta di esprimere la propria creatività.

Come può uno psicoterapeuta portare aggiustamenti creativi alla terapia?

Secondo Bohart questo dipende dall'uso dell'intuizione. Le intuizioni si basano sulla raccolta di informazioni tacite e percettive, che nel caso specifico vengono dal flusso, dallo stile, dalla struttura, nell'esperienza del paziente; dal flusso, dallo stile, dalla struttura evolutiva della relazione tra terapeuta e paziente e dai ritmi e dal flusso nell'esperienza del terapeuta. I terapeuti devono essere in tono con la loro esperienza intima; questo è probabilmente il modo migliore per definire l'intuizione nel processo terapeutico. Il terapeuta ha bisogno di ascoltare il cliente con attenzione aperta e empatia. Il terapeuta ha anche bisogno di essere alla ricerca di sensazioni divertenti, di sentire che c'è qualcosa che non va, di vivere emozioni imprevedute: pensieri che arrivano inaspettatamente, vaghi accenni, flash incompleti di pensieri o immagini, l'improvviso riconoscimento di qualcosa di inusuale e istintivo nel comportamento del paziente. Questi riconoscimenti possono portare ad un'intuizione che può essere usata creativamente in terapia. Quando una persona raccoglie una certa intuizione deve elaborarla su se stesso, anche se solo brevemente. Questo è un processo creativo in cui una persona cerca di articolare parole e simboli, raffrontarli con l'intuizione e poi fare un raffronto con le percezioni di ciò che sta

succedendo con il paziente. Se l'intuizione sembra funzionare allora va portata avanti.

Agire su questo può significare dirlo al paziente, fare una domanda, offrire un'interpretazione, o suggerire una procedura basata su quell'intuizione. Come in ogni processo creativo bisogna modificare le intuizioni continuamente. Questo significa che bisogna ascoltare ciò che ci viene detto e raffinarlo continuamente. Come nella vita in generale, i terapeuti sono continuamente impegnati a creare il processo in cui sono coinvolti.

Tutti i buoni terapeuti sono costruttivisti in qualche modo, è un'abilità del terapeuta essere empatico con l'esperienza del paziente, guadagnare intuito e attenzione sui problemi e usare l'intuizione per informarsi sulla loro vita. Alcune strutture spiegano più esplicitamente il fondamentale ruolo creativo del terapeuta: la terapia è un sistema di intelligenza a due persone in cui entrambe le parti sono capaci di intuizioni e articolazioni creative e nel quale entrambi si impegnano insieme nell'articolare il processo e dare forma al risultato finale.

Leitner e Faidley

Leitner e Faidley (1999) ritengono che la psicoterapia costruttivista richieda la creatività del terapeuta in ogni relazione con il paziente, a partire dalla diagnosi iniziale e continuando attraverso l'intero processo terapeutico. Suggestiscono alcuni dei numerosi modi che possono aumentare la creatività del terapeuta ritenendo che sia importante che questa si irradia anche nella vita privata del terapeuta, una volta uscito dalla stanza di terapia. Tutto questo si rende possibile a partire dal desiderio del terapeuta verso il personale raggiungimento della creatività, come parte integrante del cambiamento in psicoterapia che in assenza di tale creatività, non può avvenire.

Gli psicoterapeuti devono letteralmente creare una nuova relazione curativa con il paziente che è la psicoterapia. Il terapeuta ha di fronte a sé la sfida di integrare questa unica relazione personale con la professionale costruzione, che permette al terapeuta di poter generalizzare in qualche modo intorno al paziente. Senza quest'ultima relazione personale, privata della creatività del terapeuta, la terapia è poco più che

una vecchia applicazione di tecniche. La creatività del terapeuta secondo Leitner e Faidley si attua in ogni aspetto del processo psicoterapeutico, tra i quali evidenziano:

- *La diagnosi*: la creatività del terapeuta si manifesta nell'arrivare a capire i problemi di vita del cliente. I costruttivisti sostengono che la diagnosi è una costruzione professionale piuttosto che una reale scoperta dell'essenza di una persona e questo permette di vedere chiare implicazioni per la creatività del terapeuta. Con la categorizzazione della malattia mentale vengono create delle limitazioni alla comprensione del paziente per cui lo psicoterapeuta ha la responsabilità di creare sistemi alternativi per comprendere il *distress* del paziente e aiutarlo. I terapeuti devono avere il coraggio di abbandonare le nomenclature accettate quando non sono costruttive per il paziente e devono sentirsi liberi di essere più creativi per sviluppare comprensioni alternative dei pazienti.
- *La capacità di avere una "distanza terapeutica ottimale"*: attraverso la propria esperienza clinica il terapeuta può riconoscere quando è abbastanza vicino al proprio paziente per provare le sue sensazioni, ma allo stesso tempo distante abbastanza per riconoscerle come proprie del paziente e non sue. I pazienti hanno un numero infinito di problemi e significati, la distanza terapeutica ottimale, implica quindi che il terapeuta adatti i suoi significati ai diversi sistemi possibili dei pazienti. L'abilità del terapeuta di raggiungere una distanza terapeutica ottimale con i pazienti che hanno sperimentato il mondo in modi differenti, può essere valutato grezzamente attraverso la creatività del terapeuta.
- *Individuare la "sottile violenza"*: i pazienti possono essere invalidati nella loro costruzione di significati in modi innumerevoli; vengono invalidati anche perché il processo basilico di come creano significati è fallito. Ogni disconferma è violenta ed è difficile da riconoscere. Riconoscere e manipolare la sottile violenza designa la creatività del terapeuta. Una volta riconosciuta, il terapeuta deve trovare il modo di tirare fuori il problema così che il paziente possa vederlo come un

danno devastante. I terapeuti che falliscono nel notare la sottile violenza mancano l'opportunità di toccare la vita della persona e quindi di trasformarla.

- *La forza del paziente e la creatività:* i pazienti inventano soluzioni per i più irrisolvibili problemi della vita, molti medici, vedono queste soluzioni come sintomi, dimenticando che queste soluzioni hanno permesso ai pazienti di confrontarsi con la vita nel miglior modo possibile. C'è della forza in queste soluzioni; c'è il coraggio di affrontare eventi terribili e persistere nel ripetere a se stessi che la vita è stata crudele, ingiusta, brutale. I terapeuti, che non sono abbastanza creativi per apprezzare questo, non onorano a sufficienza gli aspetti della personalità dei loro clienti. Facendo così falliscono con i loro pazienti.

- *Crescita del paziente:* i pazienti come i loro terapeuti sono in un processo di crescita, evoluzione e sviluppo, ma molto spesso i terapeuti vedono i pazienti come statici, che non cambiano. Se un paziente si relaziona al terapeuta come un agente che convalida e il terapeuta non riesce a vedere il modo in cui il paziente cambia, il paziente è nei guai. Se il terapeuta è una maggiore sorgente di affermazione nel processo di terapia e non riesce a considerare il paziente come in cambiamento e in crescita, sarà molto difficile per il paziente vedere il sé come un processo evolutivo. Nel mezzo di tanto dolore e di tanta confusione il paziente non potrebbe discernere sottili segni di cambiamento che potrebbero essere le basi per una crescente speranza e le radici per una crescita addizionale. Questo processo di "allentamento" si risolve in nuovi modi di vedere il mondo e quindi in nuovi modi di costruire esperienze. Qualcosa che precedentemente era al di là del sé è ammesso come una possibilità. Il ciclo di creatività porta ad una conclusione nuova quando questi significati sono sperimentati e convalidati nel mondo. Il primo passo nell'incrementare la creatività terapeutica è premuroso, onesto, riflessivo del dove risiede la relativa debolezza di un singolo.

Senza questa onesta auto-riflessione la crescita creativa nel terapeuta sarà limitata.

- *Solitudine:* prendere il tempo per la solitudine è importante per allentare il nostro sistema costruttivo. I componenti vitali della nostra creazione di significati coinvolgono le relazioni interpersonali. Altre persone sono continuamente ad affermare e disconfermare i significati altrui durante le interazioni con loro. I significati più nuovi e più allentati, meno chiari, sono particolarmente vulnerabili all'invalidazione quando sono applicati all'inizio dell'interazione con gli altri. La creatività può essere favorita dal sistematico trascorrere del tempo da soli. Strutturando tempi regolari per la solitudine, il terapeuta può nutrire e sviluppare nuovi significati senza la potenziale disconferma associata all'interazione interpersonale. Se il terapeuta sviluppasse nuovi e non testati modi di approcciare alla vita, dovrebbe riuscire a sentirsi a suo agio con la solitudine che potrebbe provare prima che gli altri possano capire i suoi significati, se questo non avviene la solitudine può pervadere l'esperienza e bloccare la fertilità del ciclo creativo.

- *Interazione:* ci sono relazioni e interazioni che possono invece validare l'allentamento e non invalidarlo, ad esempio con quelle persone con cui ci sentiamo incondizionatamente accettati e che permettono di affrontare conversazioni che stimolano ed elaborano la nostra creatività. Un processo interattivo in cui ogni partecipante gioca con l'allentamento del costruito dell'altro può accelerare il ciclo creativo e portarlo in direzioni inaspettate. Assistere a conferenze, interagire con i colleghi e partecipare a continue opportunità educative può anche incoraggiare la creatività esponendo il terapeuta a nuove alternative, stimolandone i pensieri.

- *Immaginazione:* essere solo può essere più produttivo se questa solitudine è arricchita da fantasie, immaginazioni e sogni. Le fantasie sospendono il contatto con la realtà, sono importanti messaggi rivolti a noi, da noi, su di noi. Il permesso di fantasticare permette di sviluppare sia l'allentamento creativo che il blocco creativo. Cercare la ragione del perché abbiamo certe fantasie può portare alla scoperta di profonde verità sulla nostra realtà esperienziale; ad esempio, se dopo aver

fantasticato il terapeuta riesce a fare un passo indietro e a riflettere su ciò che le fantasie comunicano a proposito delle relazioni con i pazienti. Terapeuti, che possono fantasticare sulla loro vita personale, potrebbero scoprire approcci creativi per i loro problemi che potrebbero essere usati con i pazienti. I problemi della relazione con gli altri e della solitudine si applicano alla vita del terapeuta tanto quanto a quella del paziente. I terapeuti che possono permettere a loro stessi di sognare su ogni argomento sviluppano l'allentamento creativo dei significati generali. Questo generale allentamento può aiutarli ad essere più creativi nella psicoterapia.

- *Passione*: la creatività può fiorire quando facciamo qualcosa con passione, molto di più rispetto a quando svolgiamo attività che “dobbiamo fare”. L'attività svolta con passione può promuovere la crescita personale e la creatività. Quando siamo appassionati siamo più presenti, più vivi, più coinvolti. Quando siamo appassionati, siamo un processo creativo piuttosto che una mera esistenza. Applicato alla psicoterapia, crediamo che i terapeuti che sono appassionati al loro lavoro sono più creativi e più vitali. Fondamentalmente i terapeuti che possono avere passione per i loro pazienti, amano i loro pazienti, possono essere abili a relazionarsi con l'esperienza del loro paziente in modo che la distanza terapeutica ottimale venga mantenuta. Un danno del trattamento manualizzato è proprio quello di ridurre la passione di molti psicoterapeuti per il proprio lavoro.
- *Provare ruoli*: ogni persona ha differenti aspetti del sé che sceglie per diverse occasioni, rendendosi libero di giocare diversamente a seconda delle situazioni e questo può sviluppare l'allentamento necessario nel ciclo creativo. Dopo aver sperimentato un aspetto di se stessi è possibile valutare quale ruolo è più utile rispetto ad altri modi di essere. Questo assetto è creativo e strettamente associato con il role playing, che non deve essere solo confinato alla stanza di terapia per facilitare la creatività del terapeuta, ma anche usato nel mondo esterno, in modi diversi.
- *Lettura e arte*: opere d'arte, musica e letteratura sono sviluppatori creativi. Esporsi a creazioni di altri, permette di carpire il processo creativo dell'autore e di diventare più creativi anche nella vita. Fondamentalmente, queste creazioni ci invitano ad incontrare il mondo in modi diversi da quelli che possono essere espressi attraverso il linguaggio. Davanti ad una creazione prevalgono l'impressione e l'emozione che sono presenti simultaneamente. Certi costrutti alternativi sono vitali se siamo veramente intuitivi riguardo al processo del cliente nella psicoterapia.
- *Bilanciamento*: vivere una vita bilanciata sviluppa la creatività, cura le relazioni, i giochi, il lavoro e la spiritualità. Il bilanciamento nella nostra vita ci permette di sviluppare molti aspetti simultaneamente. Vivere in modo bilanciato permette al processo di sviluppo dei significati di incubare, mentre siamo attivi nello sviluppo del sistema dei significati, in un'altra area. Durante questo periodo di incubazione i significati che abbiamo creato non sono soggetti a conferme e a disconferme. Questo facilita l'allentamento creativo. Terapeuti che lavorano eccessivamente possono essere limitati nella loro creatività e simultaneamente nella loro capacità di trasformare i problemi dei clienti.
- *Pressione del tempo*: Ridurre la pressione del tempo può facilitare la creatività. Quando uno psicoterapeuta è sottopressione e deve decidere su un approccio, tipicamente prende la migliore soluzione che può, basata sui significati disponibili correntemente, piuttosto che prendere il tempo per creare significati alternativi che potrebbero o non potrebbero essere migliori di quelli immediatamente disponibili. Essere meno ansiosi di trovare una soluzione può lasciare che nuovi modi di affrontare la vita emergano dall'allentamento creativo.
- *Processo*: attualmente la psicoterapia è limitata alla focalizzazione dei contenuti dei significati che il cliente ha prodotto piuttosto che al processo della creazione dei significati. Focalizzandosi sul contenuto la psicoterapia viene tramutata in un esercizio di intellettuale

risoluzione dei problemi piuttosto che in un'esperienza di trasformazione emozionale. Il terapeuta deve cercare i modi del costrutto problematico in un determinato livello del processo, affermare, rispettare e proteggere gli aspetti del nucleo dell'identità.

- *Valutazioni:* la creatività si raggiunge solo quando il ciclo finisce con nuovi costrutti validi, in altre parole, quando i significati del paziente e del terapeuta vengono affermati nell'interazione con il mondo; essere abile a giudicare l'adeguatezza o l'inutilità dei significati è anch'esso un importante aspetto della creatività. La sospensione o lo spostamento della valutazione in un momento successivo nel processo può sviluppare creatività. Le valutazioni troppo premature possono ostacolare la creatività tanto quanto non farle.
- *Crescita del paziente:* una delle premesse del costruttivismo è che l'esperienza del cliente è un continuo processo di crescita, cambiamento ed evoluzione. Un'attenzione a come è cresciuto il paziente, può sviluppare la creatività del terapeuta e la sua abilità nel riconoscere la creatività del paziente: può portare il terapeuta a vedere nuovi approcci alla vita che sono stati formati dal cliente, sperando che questo spinga anche il terapeuta a sviluppare questi nuovi significati in modo creativo.
- *Il ruolo della creatività nella vita personale del terapeuta:* questi modi di sviluppare la creatività coinvolgono anche la vita personale del terapeuta. Finché il terapeuta è creativo nella stanza della terapia, non c'è bisogno di una creatività nella sua vita personale, anche se gli autori credono che la creatività nella vita personale del terapeuta sia comunque un punto vitale nel processo di psicoterapia.
- *Terapia come un viaggio:* la terapia è un viaggio che il terapeuta e il paziente affrontano insieme come due esploratori e costruttori della realtà che emerge tra di loro. Un terapeuta senza esperienza personale nell'ambito creativo non sarà abile a giocare un ruolo nel creare una realtà in terapia che permetta un cambiamento di vita e di crescita.

- *Ipocrisia:* con questo termine si indica l'ipocrisia del terapeuta che cerca di sviluppare la creatività del paziente non essendo lui per primo creativo nella sua vita. I pazienti sono molto sensibili, riguardo alla persona del terapeuta, possono sentire la contraddizione tra il terapeuta e il suo non rischiare mentre cercano di portare il paziente al rischio.
- *Elaborare varie costruzioni del sé:* più grande è la nostra connessione con le varie parti della personalità del paziente e più può avvenire, in terapia, l'integrazione e la trasformazione personale.
- *Umità:* un aspetto integrante della creatività include un numero di creazioni che non hanno funzionato bene, fallimenti creativi, al quale si associa il desiderio di aggrapparsi alla propria creazione anche dopo che le nostre creazioni sono state invalidate.

L'intuizione e la creatività del terapeuta secondo la Psicoterapia Integrativa

*Si dovrebbe, almeno ogni giorno,
ascoltare qualche canzone, leggere una
bella poesia, vedere un bel quadro e,
se possibile, dire qualche parola ragionevole.*

Johann Wolfgang von Goethe

Le terapie integrative nascono, come le terapie eclettiche, da un orientamento clinico pratico. A differenza delle terapie eclettiche hanno una dimensione teorica più pronunciata, sistematica e coerente. Hanno procedure tecniche di intervento ben definite e limiti di applicazione circoscritti. Vedremo come Hans Welling offra una descrizione sistematica e coerente dell'intuizione.

Welling (2005) sostiene che l'intuizione non deve essere considerata come un singolo fenomeno, ma come un processo, articolato in più fasi che consistono in prime rappresentazioni della conoscenza, le quali dimostrano il ruolo creativo che l'intuizione può giocare nella costruzione della conoscenza stessa. I numerosi fenomeni intuitivi possono essere classificati secondo le

quantità di informazioni che contengono. È quindi più corretto parlare di processo intuitivo, costituito da una sequenza di fasi, in cui, in ognuna di queste, la quantità di informazioni rappresentate aumenta l'intuizione.

Il modello presentato da Welling prevede 5 fasi per spiegare l'intuizione sulla base delle funzioni cognitive di pattern di scoperta e riconoscimento, ossia:

1. *Detection fase* (fase di rilevamento): questa fase prevede che qualcosa sta per esprimersi alla coscienza, che qualcosa sta accadendo o è presente; tutto questo viene spesso vissuto come una sensazione di confusione, vigilanza, di disturbo o di turbamento.
2. *Dichotomic Awareness Phase* (fase della consapevolezza dicotomica): in questa fase alcune delle qualità dell'intuizione arrivano alla consapevolezza e si associano alla notevole sensazione che c'è qualcosa che non va o che una soluzione è a portata di mano; Welling la definisce come "esperienza pre-gestaltica". Questa intuizione può essere paragonata all'esperienza di un pensiero perduto; sappiamo che è perso e non abbiamo idea di quello che era o di quello che stavamo pensando a riguardo (esprimibile con espressioni del tipo "manca qualcosa, qualcosa non va", oppure in termini positivi "qualcosa di importante sta accadendo").
3. *Related Object Phase* (fase dell'oggetto correlato): in questa fase diventa chiaro a quali oggetti (osservazioni, idee, eventi) l'intuizione è legata, ma nella maggior parte dei casi non si può ancora sapere che cosa l'intuizione è di per sé. Ora è possibile identificare gli elementi che percepiamo o conosciamo come rilevanti. Questi "oggetti correlati" aiutano a capire in che direzione andare.
4. *Metaphorical Solution Phase* (fase della soluzione metaforica): mentre, nella fase precedente, si è in grado di identificare alcuni elementi rilevanti, in questa fase diventa chiara l'importanza di questi elementi. L'intuizione si presenta sotto forma di immagini, parole, suoni, sensazioni fisiche, cinestesiche, oppure assumere la forma di una qualità emotiva, come ansia, tristezza, eccitazione sessuale,

tenerezza o irritazione. E infine può essere più cognitiva come la memoria, la fantasia, l'associazione o la distrazione. La modalità attraverso la quale si esprime di solito è predominante per lo psicoterapeuta che ne fa esperienza, per cui ad esempio si avrà uno psicoterapeuta che percepirà particolari sensazioni fisiche e un altro che avrà una ricca produzione immaginativa. La conoscenza riguardo l'intuizione è aumentata anche se è sempre in forma velata. Anche se una gestalt è percepibile, il significato esplicito di questa gestalt in relazione alla soluzione deve ancora essere svelato.

5. *Explicit Verbal Understanding Phase* (fase esplicita di comprensione verbale): l'intuizione diviene completamente nota e il significato completamente chiaro. Questo significato è diventato chiaro attraverso l'identificazione degli elementi che hanno reso la metafora proposta o il concetto idoneo.

Queste fasi implicano che i fenomeni intuitivi possano essere classificati in accordo con la loro rappresentazione della conoscenza: questo permette di ordinare la varietà dei fenomeni dell'intuizione, dimostrando allo stesso tempo a quale livello la conoscenza è rappresentata in diversi fenomeni intuitivi.

Inoltre, il modello offre la possibilità di indagare l'intuizione come un processo cognitivo e descrive fenomenologicamente come, in ogni fase, la conoscenza è rappresentata in livelli crescenti di complessità. Questo apre la possibilità di descrivere queste fasi in termini di funzioni cognitive:

- la fase di rilevamento può essere correlata alle funzioni di attivazione dell'attenzione,
- la fase dicotomica mostra i processi mimici più probabili trovati nel riconoscimento di pattern e di scoperta,
- nella fase dell'oggetto correlato l'intuizione sembra essere associata con elementi concreti di memoria episodica,
- nella fase della soluzione metaforica l'intuizione è legata più a elementi concettuali di memoria semantica,
- l'esplicita comprensione verbale può essere valutata in termini della funzione cognitiva del ragionamento.

Il modello dimostra il carattere creativo dell'intuizione. L'intuizione non è un fenomeno unico, ma piuttosto un processo di iniziali fasi di rappresentazioni della conoscenza. È strumentale e può essere essenziale nella costruzione della conoscenza stessa. Si mostra così come l'intuizione è di natura creativa e consente l'indagine del processo creativo in varie fasi.

Questo modello dimostra infine che l'intuizione è un processo fallibile. Diversi autori hanno riportato il senso della correttezza e della certezza che spesso accompagna l'esperienza dell'intuizione.

L'intuizione e la creatività del terapeuta come possibili fattori comuni in psicoterapia

Il terapeuta è simile a ciò che il chimico chiama un catalizzatore, cioè l'elemento che fa precipitare una reazione, la quale altrimenti avrebbe potuto non verificarsi. (...) Il suo compito si limita a far iniziare il processo, in quanto una volta che lo abbia messo in moto, il paziente lo porta avanti da sé.

Fritz Perls

Ogni relazione psicoterapeutica è unica e non vi è modo, per quanto in molti studiosi hanno cercato di farlo, di replicare e standardizzare quanto accade all'interno della stanza di terapia, ma ben poco è possibile dire sul processo di cambiamento sottostante che si verifica nel paziente e quali sono gli aspetti del percorso psicoterapeutico che lo hanno determinato.

Al termine della mia formazione di Psicoterapeuta presso la Scuola di Psicoterapia Comparata, di fronte agli innumerevoli modelli e metodi possibili mi sono chiesta quali potessero essere le caratteristiche ascrivibili allo psicoterapeuta, funzionali al percorso di crescita del paziente. Pensando quindi alle peculiarità di uno psicoterapeuta, il mio interesse si è rivolto alle caratteristiche creative e intuitive dello psicoterapeuta che, fino ad adesso, hanno trovato poco spazio all'interno delle trattazioni sui Fattori Comuni in psicoterapia in quanto, in qualche modo, antiscientifici e contrari

all'andamento attuale della ricerca che cerca di rendere oggettivabile qualsiasi elemento della psicoterapia.

Attraverso quindi un approccio comparato che pone l'accento sul confronto fra un modello e un altro, al fine di valorizzarne gli apporti specifici, ho ricercato i contributi offerti da clinici appartenenti a vari orientamenti psicoanalitici e psicoterapeutici riguardanti il ruolo che la creatività e l'intuizione dello psicoterapeuta giocano nel processo psicoterapeutico.

Che cosa sono l'intuizione e la creatività e come esse si sviluppino è ad oggi ancora da chiarire e, forse, una completa comprensione di questi fenomeni non si raggiungerà.

Esaminando comunque le varie definizioni sull'**intuizione**, possiamo affermare che questa viene delineata come la capacità di elaborare a livello inconscio dati di tipo cognitivo, sensoriale e percettivo, senza la mediazione del ragionamento e della consapevolezza e che permette un migliore adattamento dell'individuo, se processata correttamente.

Analizzata in termini etimologici l'intuizione (da *in*=dentro e *tueri*=guardare) è in parte sovrapponibile ad un'altra qualità importante riconosciuta allo psicoterapeuta, ossia l'**empatia** (dal greco *év*=dentro e *παθεία*=sofferenza), in quanto riguarda la possibilità di entrare dentro l'altro, nel nostro caso, la capacità del terapeuta di entrare, grazie alle proprie qualità, nel mondo del paziente, ancor prima che lui sia in grado di farlo.

Altra analogia si trova con la **simpatia** (dal greco *σύν*=dentro e *παθεία*=sofferenza), descritta da Bergson, tra un oggetto e l'altro generata dall'atto metafisico dell'intuizione, che permette di penetrare la vita interiore. L'intuizione è, innegabilmente, quanto ha permesso ai grandi psicoanalisti e psicoterapeuti di arrivare alla formulazione, attraverso l'esperienza clinica, delle loro teorie, ma non vale il percorso inverso tanto che, ancora oggi, risulta difficile descriverne il processo. L'intuizione può essere considerata come l'elemento chiave del processo creativo perché permette di fare la scelta migliore tra le molte possibili, a partire da pochi elementi di valutazione, che non offrono una visione di insieme completa, ma parziale.

La **creatività** invece è complessivamente definibile come un processo che si manifesta a partire da illuminazioni improvvise, segno di un

lungo lavoro inconscio precedente e seguito da un lavoro cosciente. La particolarità riscontrata è il fatto che queste ispirazioni, che appaiono inaspettatamente, si verificano dopo un periodo infruttuoso. La creatività è quindi la capacità di unire elementi preesistenti in combinazioni nuove che siano funzionali ad uno scopo ed armoniche. Per essere creativi bisogna essere in grado di produrre nuove idee a partire da elementi preesistenti (anche se inizialmente possono apparire inadeguate) e di connetterle le une alle altre in modo nuovo, originale e insolito. Questo implica una certa predisposizione ad aprirsi verso una prospettiva più ampia, andando oltre gli schemi precostituiti, che permetta di muoversi da una visione confusa e contraddittoria degli elementi in gioco verso una visione sempre più definita che permetta di riorganizzarli insieme.

Come si può evincere dalle definizioni di intuizione e creatività citate, che riassumono le caratteristiche principali di questi processi, questi fenomeni, seppur denominati in modo diverso, sono in realtà considerati e descritti dai più come lo stesso processo. Per alcuni l'intuizione rappresenta la miccia che dà il via al processo creativo che si esprime all'interno della stanza di terapia, per altri ancora la creatività è una qualità innata dell'individuo che lo predispone a sviluppare l'intuizione.

Credo che però al di là delle più varie descrizioni che ne possiamo dare, nell'ambito psicoterapeutico non si possa negare che il terapeuta, accanto alle tecniche e al proprio approccio psicoterapeutico, qualsiasi sia il modello teorico di riferimento, utilizzi una componente creativa e intuitiva nel suo lavoro. Colui che considera la propria pratica clinica esclusivamente il risultato di una metodologia da applicare rigidamente o il risultato di un "ragionamento consapevole" credo abbia una visione ristretta della psicoterapia e delle numerose risorse che durante l'incontro psicoterapeutico si possono ottenere. Ogni terapeuta con un'ampia esperienza clinica potrà affermare di avere avuto delle "intuizioni" e di aver prodotto "atti creativi" all'interno del setting. Non importa quanto una terapia sia formalizzata o manualizzata, essa è comunque un processo creativo. Quando uno psicoterapeuta fa attenzione al proprio mondo interiore e a quello del paziente, ai rispettivi

mondi emozionali e ai mutamenti che si verificano, va necessariamente ben oltre all'applicazione di una procedura circoscritta e definita. Quello che avviene tra un terapeuta e il suo paziente durante una seduta, non si potrà replicare in un'altra sessione né tanto meno all'interno di un'altra relazione terapeutica. La creatività e l'intuizione si possono collocare a mio avviso, in quella dimensione dello psicoterapeuta che Patrizia Adami Rook durante il 2° Congresso S.E.P.I. (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration) ha definito "quasi prete", indicando come la professione di psicoterapeuta sia anche un "po' magica" nei termini di potenziale, di potere, di trasformazione dell'Altro, tenendo comunque presente che la relazione terapeutica non è una relazione spontanea, ma mantiene delle sue specifiche peculiarità.

In linea con l'approccio comparato la creatività e l'intuizione del terapeuta si configurano "strumenti" utili al *tailoring* (Norcross, 2002) ovvero funzionali alla possibilità di ritagliare l'intervento psicoterapeutico sulle peculiarità del soggetto.

Qualsiasi riflessione sull'utilizzo della creatività e dell'intuizione in psicoterapia presenta lo svantaggio evidente che, a parte il problema della verificabilità scientifica (la cui importanza può essere discutibile se si osserva il problema sul piano clinico e non sperimentale), non fa luce su problemi come ad esempio quando, come e in quale forma l'intuizione e l'idea creativa appaiono alla coscienza. Ciò che serve è un modello che possa descrivere il sottostante processo formale che produce queste capacità.

Ritengo che solo l'esperienza clinica possa offrire valore alla dimensione di creatività e intuizione del terapeuta.

Riferimenti bibliografici

- Abbagnano, N., & Fornero, G. (2009). *La filosofia. Vol. 1A-1B: Dalle origini ad Aristotele-Dall'ellenismo alla scolastica*. Torino: Paravia.
- Antonietti, A. (2011). *La creatività si impara*. Firenze – Milano: Giunti.
- Aportone, A., Aronadio, F., & Spinicci, P. (2002). *Il problema dell'intuizione: tre studi su Platone, Kant e Husserl*. Napoli: Bibliopolis.
- Bergson, H. (1903). *Introduction à la métaphysique*. Paris: Suresnes (trad. it. La filosofia dell'intuizione, Carabba, Lanciano, 2008).

- Berne, E. (1949). The nature of intuition. *Psychiatric Quarterly*, 23 (2), 203-226.
- Berne, E. (1962). Intuition VI. The psychodynamics of intuition. *Psychiatric Quarterly*, 36 (1-4), 294 - 300.
- Bohart, A.C. (1999). Intuition and creativity in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12 (4), 287-311.
- Carere – Comes, T., Adami Rook, P., & Panseri, L. (2007). Che cosa unisce gli psicoterapeuti (e cosa li separa). La pratica dell'integrazione in psicoterapia. Atti del 2° Congresso SEPI – Italia, Firenze 2006, Vertici: Firenze.
- Claxon, G. (1997). *Il cervello lepre e la mente tartaruga*. Milano: Mondadori.
- David K. Carson, Kent W. Becker, Kevin E. Vance e Nancy L. Forth (2003). The role of creativity in marriage and family therapy practice: a national online study, *Contemporary Family Therapy*, 25(1), 89-109.
- De Caroli, M.E. (1996). *Una briglia all'emozione: creatività e psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Ferro, A. (2006). *Tecnica e creatività. Il lavoro analitico*. Milano: Cortina Raffaello.
- Fisher, R. (1971). A cartography of the ecstatic meditative states. *Science*, 174, 897-904.
- Freud, S. (1911-1912). *Theorie der Psychoanalyse*. In C. Musatti (Ed. and Trans.), *Teoria della psicoanalisi* (Vol. 6, pp. 532- 541) Torino: Bollati Boringhieri.
- Gendlin, E.T. (1969). *Focusing. Psychotherapy: theory, research, and practice* 6(1), 4-15.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing- oriented psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. New York: Guilford (trad. it. Il focusing in psicoterapia. Introduzione al metodo sperimentale, Astrolabio Ubaldini, Roma, 2010).
- Ghiselin, B., Rompel, R. e Taylor, C.W. (1964), A creative process check list. In C.W. Taylor (Ed.) *Widening horizons in creativity*, Wiley, New York (trad. it. *Check list del processo creativo*, in A. Beaudot, a cura di, *La creatività*, Loescher, Torino, 1977, pp. 107-124).
- Gnudi, F. (2011). Identità e creatività in psicoterapia della Gestalt e teatro. In Francesetti, G., Gegele, M., Gnudi, F. & Pizzimenti, M. (Ed.). *La creatività come identità terapeutica: Atti del II° Covegno della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt* (pp. 85-99). Milano: Franco Angeli.
- Guilford, J.P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw Hill
- Hadamard, J. (1944). *The psychology of invention in the mathematical field*. New York: Dover Publications.
- Keith, D.V. (1987). Intuition and family therapy: a short manual on post – modern witchcraft, *Contemporary Family Therapy*, 9, 11-22.
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal constructs* (2vols). London: Routledge.
- Kernberg, O.F. (1998). *Ideology, Conflict, and Leadership in Groups and Organizations*. Yale: Yale University Press. (trad. it. Le relazioni nei gruppi: ideologia, conflitto e leadership, Cortina, Milano, 1999).
- Leitner, L.M., & Faidley, A.J. (1999). Creativity in experiential personal construct psychotherapy, *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 273-286.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy Relationships that Work*. New York: Oxford.
- Pacifico, L.P. (1997). *L'intelligenza intuitiva*. Milano: Franco Angeli.
- Perls, F., Hefferline, & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: The excitement and Growth in the Human Personality*. London: Julian Press, 1951. (trad. it. Teoria e pratica della terapia della Gestalt, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1971).
- Poincaré, J.-H. (1914). *Science e method*. Scotland: T. Nelson (trad. it. Scienza e metodo, Einaudi, Torino, 1997).
- Rogers, C.R. (1951). *Client – centered therapy: iys current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin Company. (trad. it. La terapia centrata sul cliente, Martinelli, Firenze, 1970).
- Rogers, C.R. (1969). Freedom to learn: a view of what education might become. Columbus, OH, Charles E. Merrill.
- Rogers, C.R. (1970). *On encounter groups*. New York: Harper & Row (trad. it. I gruppi di incontro, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1976).
- Rogers, C.R. (1986). Rogers, Kohut and Erickson: A personal perspective on some similarities and differences, *Person – Centered Review*, 1, 125-140.
- Sabatini, F., e Coletti, V. (2007). *Dizionario della lingua italiana*. Milano: Rizzoli Larousse.
- Welling, H. (2005). The intuitive process: the case of psychotherapy. *Journal od Psychotherapy Integration*, 15(1), 19-47.
- Zinker, J. (1978). *Creative process in gestalt Therapy*. New York: Vintage Books. (trad. it. Processi creativi in psicoterapia della Gestalt, Franco Angeli, Milano, 2002).

LA CREATIVITÀ GENERATIVA: RI-SCRIVERE LE NARRAZIONI PERSONALI IN PSICOTERAPIA. LINGUAGGI DIVERSI NELLA RICERCA DEL SENSO

di Francesco Benini e Antonello Calderaro

Psicologi Psicoterapeuti

È ormai condiviso da molti approcci psicoterapeutici, se pur espresso in termini talvolta diversi tra loro, che un cambiamento terapeuticamente significativo non si limiti a ridurre i sintomi, ma agisca in qualche modo sulla narrazione dell'individuo, su una trasformazione creativa del significato personale.

La narrazione è lo strumento con cui l'individuo cerca di dare un senso alle proprie vicende raccontandole nella forma di una storia personale, uno schema mentale di tipo autobiografico che gli permetta di interpretare ciò che lo circonda e modulare di conseguenza il proprio comportamento. Essa costituisce un potente sistema logico simbolico autonomo escogitato dall'umanità per andare oltre il dato immediato, prevedere gli eventi e regolare l'interazione con il mondo.

Ogni persona entra nella stanza di terapia con la propria storia, con il proprio modo di raccontarsi e di raccontare il mondo, e chiede al terapeuta di aiutarlo a trasformare una "cattiva" storia in una "buona" storia, una narrazione carica di sofferenza in una capace di dare coerenza e senso al proprio sé.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di mettere in evidenza la possibilità di trattare la narrazione nel contesto psicoterapeutico secondo due prospettive diverse tra loro, ma che condividono l'importanza di dar voce al paziente nella sua necessità di raccontarsi, di esprimersi pienamente nel viaggio nella propria storia alla ricerca di significato.

Una storia che vale la pena di essere raccontata

Il paziente è portatore di una storia nella quale è più o meno partecipe. Una storia spesso frammentata, divisa e scissa in un canovaccio consolidato ma spesso senza una struttura a cui ancorarsi. Nelle storie portate dai pazienti spesso manca un filo rosso che ne indichi la direzione e soprattutto la continuità. In quest'ottica il paziente non chiede al terapeuta solamente una mera testimonianza ma una ricostruzione del proprio percorso. Il paziente chiede di tessere (insieme) tutti quegli aspetti identitari, quelle ricorrenze di significati che gli permettano di ri-raccontarsi con una voce nuova e autentica. Se assumiamo quindi l'idea che la capacità o la mera attività di narrarsi sia un caposaldo del processo terapeutico, il ruolo del terapeuta assume una posizione di rilievo in quanto può divenire a fasi alterne, nel dipanarsi della relazione, un ascoltatore, un co-narratore e persino un co-protagonista della storia terapeutica.

Usando una metafora possiamo dire che il paziente sia l'**Autore** di una trama (che etimologicamente indica un discorso privo di connessioni attendibili), il concepente di un discorso nella propria mente, il progettista di un discorso con un proprio coerente stile (Foucault, 2004) mentre il terapeuta riveste il ruolo di **sceneggiatore** al servizio di una storia non sua. Il ruolo di sceneggiatore implica che nel percorso terapeutico il clinico delinea con accuratezza i personaggi presenti nella storia, le loro interazioni nei tempi e nei dialoghi, enfatizzandone di volta in volta il ruolo, la loro assenza, la loro essenza e il loro protagonismo in funzione della migliore riuscita della storia.

Come lo sceneggiatore, il terapeuta ha il compito di rilevare i nessi e le mancanze logiche, i buchi presenti nell'idea iniziale della trama, deve sottolineare i toni emotivi adottati e quelli da adottare, più consoni al genere (teatrale) scelto dal paziente. Il suo compito finale non è quindi quello di dare una logicità ma una struttura, deve far in modo che dal canovaccio iniziale si costruisca una "bella" storia, dove la fluidità e la "raccontabilità" siano dimensioni prioritarie rispetto ad una pura coerenza.

Di storie ci si ammala, con le storie ci si cura

Grazie al contributo della *psicologia narrativa* oggi sappiamo che vi è una costante nell'efficacia curativa di alcune storie, nelle quali la componente creativa della ri-narrazione del paziente dei propri vissuti ed il ruolo di partecipante del terapeuta sembrano avere un'enfasi sempre più determinante. Dietro la narrazione è infatti possibile individuare un pensiero, un modo di dialogare e storicizzarsi nel mondo secondo determinate regole.

La sofferenza del paziente è spesso espressa nel suo modo di raccontarsi (e narrarsi) attraverso quelle regole che sovente comportano una staticità di situazioni, di semantiche ed emozioni. In queste situazioni il terapeuta sembra inizialmente stare nel ruolo di ascoltatore, un ascoltatore nel quale vengono riversati determinati contenuti di volta in volta più o meno consapevolmente selezionati; diviene il luogo dove il lungo monologo interiore (Brooks, 1995) trova finalmente un agognato accoglimento.

L'accettazione del fantastico

In questa fase il paziente, da autore di una trama, assume (forse per la prima volta) i panni di un narratore proiettato verso l'esterno, che usa il terapeuta (l'Altro) per esprimere il proprio interno.

Il paziente viene così legittimato ad usare la "funzione tramandante" propria del narrante, funzione che trova attraverso la relazione con e nel terapeuta il depositario (*terapeuta recipiente*) ed in seguito il "raccontante" della sua storia.

Il terapeuta deve avere una visione aperta della storia, deve essere in grado di raccogliere non tanto il resoconto di fatti coerenti ma "fantasie di eventi, fantasie psicologiche create su una fiction" (Hillman, 1984, pp.13-16), realtà interne del soggetto piuttosto che realtà oggettive.

Pur essendo consapevoli che la profondità del resoconto, la ricchezza di semantiche, la presenza di contraddizioni emotive e logiche (Fonagy e Target, 2001) ci diano alcune importanti indicazioni sulla presenza e sulla eventuale gravità della psicopatologia, crediamo che il focus del terapeuta si debba appoggiare soprattutto sulla relazione, sul rapporto tra interiore ed esteriore che il paziente vive nella sua storia.

Valutare il bisogno interno di raccontarsi significa valutare il bisogno di auto-raccontarsi del paziente, di raccontarsi in primis a se stesso. Questo bisogno a sua volta si basa sulla relazione tra spazio e tempo vissuto. Partendo dal presupposto che nella vita del paziente è storico tutto ciò che avviene, possiamo sostenere che l'esigenza di storicizzare (e quindi di storicizzarsi) trovi nella narrazione la sua migliore espressione; quella narrazione che consente di far entrare in rapporto e di far connettere il passato ed il presente.

Le influenze sul tempo sono evidenti: il passato (interiore) viene inevitabilmente ricostruito dall'atto stesso di narrarsi; vengono quindi amplificati e/o atrofizzati alcuni dei significati rilevanti all'identità, validando quindi la regola che mentre il paziente si racconta in realtà si ricostruisce (Demetrio, 1995).

Lo spazio, invece, si trova diluito nello spazio della terapia e del suo setting, che diviene un contenitore di storie, un catalizzatore di racconti. Lo spazio della terapia è il luogo dove le narrazioni si addensano, confondono e fondono, è infine dove è possibile creare o scoprire una meta-narrazione il più possibile onnicomprensiva.

Curare la storia per curare la narrazione

Basandosi sul concetto di meta-narrazione sembrerebbe che il compito del terapeuta divenga quello di trovare una sintesi della "lunga" storia di sofferenza del paziente, una

narrazione più potente e fuori dal sistema che ne racchiuda il senso in una forma più ampia e che ne contempi sia l'origine che soprattutto la direzione.

Con meta-narrazione intendiamo quindi sia l'attività svolta dal paziente dentro la sua storia, un'attività autoreferenziale che gli consente di parlarsi, di auto-osservarsi, di costruirsi un legame con la storia stessa (una narrante che parla di cosa sta dicendo il narrante); sia l'inserimento della storia in un contesto originario che ne racchiuda la completezza e ne sintetizzi l'essenza del significato (una storia che parla di tutte le storie).

Come sottolinea Hillman (1983) un simile processo implica che la terapia si debba spostare dalla cura dell'uomo alla cura di una storia dove l'uomo è inserito, dove il senso narrativo individuale e infine collettivo siano il focus primario del lavoro terapeutico. L'attività clinica diviene quindi la ricerca e la riscoperta del fine inconscio che è depositato in un bagaglio più grande, in un mitologema che può essere plasmato e rimodellato ma che non varia nel suo cuore e che quindi vada assecondato nella sua direzione.

Se ci muoviamo in quest'ottica, secondo Hillman (1984, p. 11), abbiniamo alla trama (del paziente) nella sua logica del "perché questo è avvenuto?", che è una domanda piena di risposte inerenti a una casualità materiale ed efficiente, a domande che identifichino lo scopo (causa finale) ed un perché, inteso nel senso di quale idea archetipica, mito o persona (causa formale) siano all'opera nella storia. Seguendo i passi del mito non più subito ma che diviene validante la propria storia e narrazione, il paziente si libera dei ricordi di copertura, delle dissimulazioni, delle resistenze, delle eccessive identificazioni personali insite nella narrazione che sono sotto il controllo dell'Io a favore delle componenti mitiche dell'Anima.

L'Anima trova quindi espressione in una attività immaginativa nella *poiesis* terapeutica, nella tendenza consolidata da millenni ad esprimersi e raccontarsi tramite immagini. Il compito del terapeuta è quindi anche quello di comprendere e di creare una dialettica tra le immagini e quindi tra le storie che sono familiari per il paziente (e che sono da lui riconosciute come prodotto della propria mente) e le immagini sconosciute e autonome, non riconducibili ad esperienze ma

che sono figlie dell'azione strutturante degli archetipi; è quindi un certosino lavoro che sposta l'attenzione su di una rappresentazione attraverso immagini da cui partono sia la riflessione psicologica, sia l'astrazione intellettuale.

Analogamente Hillman (1984, p. 101) sottolinea l'importanza di una immaginazione attiva come attività mirata al discorso e non al silenzio, che è in grado di mettere in relazione, uno strumento del sentimento.

Il percorso

L'innovazione creativa in una terapia basata sulla narrazione è nella capacità del lavoro terapeutico di rinnovare le narrazioni del paziente, di "portare storia alla vita" (Hillman, 1984) o di innescare e formare una trasformazione co-narrativa figlia dell'intrecciarsi delle storie co-condivise e dalle interpretazioni del transfert (Ferro, 1999).

Tale attività si basa in primis sulla delineazione di un campo fisico e narrativo nel quale queste narrazioni possano avvenire, che è dato dallo spazio della terapia e dalle regole del suo setting. In questo campo le storie del paziente subiscono modificazioni nella propria forza e nelle proprie valenze, alcune parti del sé emergono, si ritagliano un posto diverso alla luce della coscienza, si relazionano tra loro in un discorso inserito, abbozzato nella sua trama ma che tende ad una narrazione completa. Un campo, inteso anche "come luogo-spazio promotore, attivatore di storie possibili" (Ferro, 1999), un luogo dove si incontrano e confrontano le menti del paziente e del terapeuta, le loro reciproche difese e le loro identificazioni proiettive incrociate. L'efficacia della terapia sarà misurata dalle trasformazioni che ha prodotto e dall'acquisizione, da parte del paziente, di autonomia e capacità di essere protagonista nella sua storia.

Il paziente è quindi il portatore di una storia e di una realtà simbolica e metaforica che "trova accoglienza e una trasformazione narrativa nell'oggi" e che, grazie alla realtà relazionale che diviene altra realtà rispetto alla realtà esterna ed interna, è il luogo del campo dove è possibile trasformarsi.

Quando è possibile amplificare il senso di una storia?

I movimenti del paziente dentro la propria storia emergono nel momento in cui egli riesce a dare una connotazione emotiva diversa a ciò che gli accade, in cui riesce a sviluppare un insight su ciò che narra, in cui la funzione riflessiva possa portare una comprensione (Fonagy e Target, 2001) delle altre componenti partecipanti del sé dentro la storia e ne risolva le contraddizioni interne. Ciò implica che, seppur la matrice del discorso all'interno della narrazione possa rimanere invariata nella sua forma ("Dottore è sempre la stessa storia"), si possa instaurare una distanza, una alterità da uno o più elementi del "campo narrativo" in cui il paziente è inserito ("Dottore è sempre la stessa storia... ma...").

Questa alterità può essere un indice di più movimenti da parte del paziente: l'uscita tramite un insight da una condizione di fissità funzionale tra gli elementi del campo, la nascita di un elemento transferale, la presa in considerazione, in seguito ad una interpretazione, di un "elemento mitico" che abbia una funzione di guida e che sia appartenente alla meta-storia.

Propedeutica a questi movimenti è una base relazionale, intesa come azione del sistema e quindi non solo come una azione unidirezionale di un elemento sul e nel sistema. In effetti etimologicamente l'aggettivo "relazionale" deriva dal latino "relatio, relationis" che equivale all'italiano "relazione, narrazione, racconto".

La relazione è il volano del consentito, dell'esplicito e dell'implicito, è la terra dove le storie si schiariscano la voce; dove la diversità della posizione del terapeuta rispetto ai modelli relazionali interni consente loro di scongelarsi e ricongelarsi portando così una nuova immagine ed una diversa storia.

"Una terapia riuscita è quindi una collaborazione fra narrazioni, una revisione della storia in una trama più intelligente, più immaginativa, che implichi il senso del *mythos* in ogni parte della storia" (Hillman, 1984, p. 2)

Nuovi sviluppi per nuove narrazioni: un approccio innovativo alla costruzione del cambiamento

Un diverso approccio alla comprensione di come la psicoterapia consenta e faciliti la ricostruzione delle storie personali, è quello della terapia narrativa e del programma di ricerca sui Momenti Innovativi (Silva e Gonçalves, 2013).

Partendo dal presupposto che le auto-narrazioni sono organizzazioni personali dei significati, ciò che produce sofferenza psicologica sono le auto-narrazioni problematiche, intese come regole implicite di significato disadattive (Dimaggio, 2006; Gonçalves et al, 2009; Matos et al, 2009).

Si tratta quindi di principi impliciti che vengono, più o meno consciamente, ripetuti dall'individuo e che vanno a costituirne i significati, condizionandone i modi di pensare, di sentire e di interpretare il mondo interno ed esterno.

Sebbene in una certa misura tali narrazioni vengano costantemente messe alla prova, la psicoterapia fornisce più di ogni altra situazione di vita la possibilità di sviluppare auto-narrazioni alternative, che vadano a contrapporsi a quelle dominanti, comunemente usate dall'individuo per interpretare la realtà.

Durante il corso della terapia tendono a insorgere, spontaneamente o stimolati dal terapeuta, dei Momenti Innovativi, ovvero momenti in cui viene in qualche modo messa in discussione l'auto-narrazione individuale.

Questi Momenti Innovativi continuano a presentarsi durante il percorso terapeutico in gruppi tematici organizzati, che possiamo definire *proto-narrazioni* poiché ancora non sono stabili ma piuttosto si configurano come temi ricorrenti provvisori diversi da quelli che caratterizzano l'auto-narrazione dominante.

È attraverso la psicoterapia che sequenze di proto-narrazioni possono via via acquisire forza e contrapporsi all'auto-narrazione dominante, dando origine a una vera e propria narrazione alternativa, che verrà poi continuamente revisionata e raffinata dall'esperienza continua, dentro e fuori la stanza di terapia, rafforzandosi. Lo spazio esterno alla terapia è il luogo in cui la nuova narrazione è messa alla prova, in cui la quotidianità si scontra con la nascente visione del mondo e ne testa la validità e la forza strutturale. L'insorgere di Momenti Innovativi, in altre parole, destabilizza il sistema di narrazioni dominante, sfidandolo e spingendolo a modificare la sua configurazione fino a trovare

un nuovo equilibrio capace di comprendere e integrare le proto-narrazioni in una nuova narrazione (Ribeiro e Gonçalves, 2011).

Fenomenologia dei Momenti Innovativi

I Momenti Innovativi possiedono due proprietà: una quantitativa, la *salianza*, ed una qualitativa, il *tipo*.

La *salianza* di un Momento Innovativo è definita dalla sua durata e persistenza temporale rispetto al tempo totale della seduta terapeutica, mentre i cinque diversi *tipi* di Momenti Innovativi che si possono presentare sono: azione, riflessione, protesta, riconcettualizzazione ed esecuzione di cambiamento (Silva e Gonçalves, 2013).

I Momenti Innovativi di azione comprendono l'elaborazione di nuove strategie di coping, la risoluzione di problemi irrisolti, l'esplorazione attiva di nuove soluzioni, la ricerca di maggiori informazioni sui problemi da risolvere, la riconquista di autonomia ("Finalmente sono riuscito a parlarle! Ho trovato il momento giusto e le ho detto tutto quello che mi tenevo da tempo!").

Le riflessioni sono centrate sul problema, come le riformulazioni di problemi, l'elaborazione di pensieri adattivi, riconsiderazioni sulle cause o sulle conseguenze dei problemi, o centrate sul cambiamento, come la formulazione di nuovi problemi e le riflessioni sulle strategie da attuare per risolverli ("Ma non ha senso sentirmi in colpa, sono loro che pretendono troppo da me, io faccio il massimo e lo faccio bene!").

Le proteste possono manifestarsi sotto forma di critiche al problema o di desiderio di riposizionarsi rispetto ad esso, acquisendo ad esempio una posizione di assertività o di responsabilizzazione ("Basta, non sono più disposto a tollerare questa situazione!").

La riconcettualizzazione consiste in un cambiamento di prospettiva, un riesame della realtà che comprende una riflessione sul passato in relazione al presente e l'attenzione al processo attraverso cui è stato possibile il cambiamento. Mentre i Momenti Innovativi di riflessione generano un pensiero diverso dalla narrazione dominante rispetto ad eventi circoscritti, la riconcettualizzazione riguarda il processo stesso coinvolto nel cambiamento, sottendendo una meta-riflessione su di esso ("Sento di essere

cambiato rispetto a questo... qualche mese fa non sarei riuscito a lasciarmi scorrere addosso le continue accuse. Adesso mi rendo conto di riuscire a lavorare serenamente nonostante il clima pesante. Credo sia perché prima sentivo sempre di non fare abbastanza... mentre adesso so di fare il mio! Insomma, lui è fatto così, lo fa con tutti, è un problema suo!").

Con l'esecuzione del cambiamento si ha la messa in atto in modo ponderato e generalizzato delle nuove configurazioni. Le esperienze problematiche possono essere viste come risorse, gli esiti positivi generalizzati a diverse dimensioni di vita, si riconoscono nuove capacità, c'è un investimento in nuovi progetti o nuove relazioni, mentre parti di sé trascurate o dimenticate possono tornare ad essere vive ("Adesso che mi sento molto più libero dall'ansia schiacciante posso dedicarmi alla famiglia. Preferisco stare con i bambini o passare il weekend al mare piuttosto che preoccuparmi di qualcosa che comunque non posso risolvere sul momento! Mi sento più vivo e più capace come padre... credo di essere tornato me stesso") (Gonçalves et al, 2009; Silva e Gonçalves, 2013).

Si è osservato che la salienza dei Momenti Innovativi tende a crescere con il procedere della terapia, come se il paziente fosse sempre più in grado di dar spazio a modalità alternative di interpretazione del mondo, mentre il confronto tra soggetti mostra una salienza maggiore nei pazienti in remissione rispetto a quelli senza una significativa riduzione dei sintomi, suggerendo che un'aumentata elaborazione dei Momenti Innovativi potrebbe essere associata al cambiamento terapeutico (Mendes et al, 2010).

Riguardo alla dimensione qualitativa, da una comparazione di studi osserviamo che approcci terapeutici diversi tendono a favorire l'insorgere di Momenti Innovativi di diverso tipo (Mendes et al, 2010; Matos et al, 2009). Nonostante queste differenze è comunque osservabile in generale una forte salienza di Momenti Innovativi di tutti i cinque tipi nelle terapie con *outcome* positivo, mentre soltanto quelli di azione, di riflessione e di protesta nei casi con scarsi risultati terapeutici.

Le riconcettualizzazioni e le esecuzioni di cambiamento, nelle terapie con *outcome* positivi, compaiono in una fase intermedia del processo terapeutico e vanno crescendo fino a raggiungere

il massimo nella fase finale; in terapie con risultati scarsi, invece, le riconcettualizzazioni sono inferiori e non crescono di salienza nel corso della terapia, mentre le esecuzioni di cambiamento sono praticamente nulle (Mendes et al, 2010).

Dei cinque tipi si mostrano infatti maggiormente legati al cambiamento terapeutico i Momenti Innovativi di riconcettualizzazione e di esecuzione del cambiamento (Mendes et al, 2010).

In effetti la riconcettualizzazione è un processo che permette di articolare il passato col presente, favorendo una integrazione dell'auto-narrazione problematica con una nuova narrazione, posizionando il paziente nel ruolo di Autore della propria storia.

In questo processo emergono per primi i più elementari Momenti Innovativi, quelli di azione e riflessione, che grazie all'elevata frequenza e alla relativa semplicità danno l'innescio al cambiamento, fungendo anche da prove validanti questo cambiamento e capaci di dimostrare a se stessi e agli altri che sta realmente prendendo forma qualcosa di diverso. I Momenti Innovativi di protesta consentono inoltre di creare una separazione tra la persona e il problema: se l'individuo considera il problema come parte di sé avrà difficoltà a contrastarlo, è quindi necessario esternalizzarlo per poterne prendere le distanze e sfidarlo (Gonçalves et al, 2009).

Questi momenti di cambiamento vengono poi organizzati tramite la riconcettualizzazione (Mendes et al, 2010), che fornisce un'ipotesi narrativa alternativa sufficientemente accettabile capace di dare un senso a tali cambiamenti. Viene in altre parole definito il processo di cambiamento, prima tramite il confronto tra il passato ed il presente, poi astratto e generalizzato, per poter essere proiettato nel futuro. L'individuo diviene così autore della propria narrazione e non solo attore, poiché non si limita a scoprire un senso diverso, ma lo crea egli stesso.

Viene di conseguenza messa in moto la produzione di ulteriori Momenti Innovativi di azione, riflessione e protesta, capaci di rinforzare il nascente mutamento attivando un circolo virtuoso di ipotesi e verifiche.

Da questo processo ha luogo l'esecuzione di cambiamento, che prende consistenza quando la nuova auto-narrazione sembra capace di sostenere lo sviluppo futuro del soggetto (Silva e Gonçalves, 2013).

La stabilizzazione del cambiamento: uno scontro dialettico tra narrazioni

La nuova configurazione narrativa inevitabilmente genera un certo livello di incertezza, contraddizione e discrepanza, poiché produce una rottura nell'auto-stabilità dell'individuo, inducendo un senso di imprevedibilità e incapacità di controllo, che spinge a rifiutare l'auto-narrazione alternativa e affidarsi alla più rassicurante auto-narrazione dominante (Ribeiro et al, 2011; Silva e Gonçalves, 2013).

Il paziente si troverà quindi a dover gestire la tensione tra due voci contrapposte, una che spinge verso il cambiamento al prezzo della stabilità ed una che tende al mantenimento dell'auto-narrazione dominante, anche se foriera di malessere e sofferenza. Il narrante potrà utilizzare due strategie semiotiche opposte: l'*attenuazione* o l'*amplificazione* (Valsiner, 2008).

Se tenderà a minimizzare, svalutare, banalizzare (*attenuazione semiotica*) il nuovo significato portato dal Momento Innovativo, esso non avrà la forza di contrastare il significato dominante e la vecchia configurazione avrà la meglio ("Le cose sono un po' migliorate con mia figlia, ma so già che questa pace durerà poco, che lei tornerà a farmi impazzire"; "Questa volta è stato più piacevole guidare, ma sicuramente è grazie alla strada tranquilla e alla bella giornata di Sole").

Se, di contro, seguirà una strategia di *amplificazione semiotica*, darà spazio al nuovo significato, ampliandolo e consentendogli di svilupparsi fino a prendere eventualmente il posto di quello dominante ("Le cose sono un po' migliorate con mia figlia... probabilmente il mio comportamento la irritava, adesso che sono meno invadente si sente più serena"; "Questa volta è stato più piacevole guidare, forse ho imparato a gestire il mio stato d'animo!").

Una certa instabilità è tollerata e in un certo qual modo desiderata, è insita nel desiderio di cambiamento del paziente, ma causa allo stesso tempo ansia.

Attenuare e rifiutare un Momento Innovativo rigenera il senso di stabilità e porta un sollievo dall'ansia dell'incertezza; in questo modo si ha un continuo susseguirsi di novità e ritorno alla vecchia narrazione che non conduce ad un reale cambiamento del sé.

In questa dinamica l'intervento del terapeuta può aiutare il paziente a spostarsi verso un'amplificazione, catalizzando un'ulteriore elaborazione del nuovo significato e permettendo allo stesso di acquisire forza (Ribeiro e Gonçalves, 2011).

Nelle fasi iniziali della terapia e nelle terapie che non riescono a portare ad un cambiamento significativo, il paziente generalmente tende a preferire strategie di attenuazione, risolvendo la mancanza di stabilità generata dai Momenti Innovativi tramite un ritorno all'auto-narrazione dominante, anche se percepita come problematica.

È importante che il terapeuta, quindi, riconosca i Momenti Innovativi e impedisca che un strategia di attenuazione ne faccia perdere la forza, tornando alla narrazione problematica. Tali attenuazioni possono essere modi per sminuire o contraddire l'innovazione emergente, possono essere riaffermazioni dell'auto-narrazione problematica, possono essere attribuzioni del cambiamento a qualcosa di esterno, o banalizzazioni della nuova idea. Inoltre, nel processo ciclico di creazione di nuovi significati, è molto importante la validazione di un Altro significativo, che possa amplificare l'esplorazione delle alternative, confermare e legittimare il valore della nuova storia personale. Il terapeuta può quindi essere non solo testimone, ma anche compagno di esplorazione, facilitatore del cambiamento e sostegno sicuro per il paziente che incede con cautela in un territorio sconosciuto e pericoloso.

Il terapeuta inoltre può aiutare il paziente a porsi all'esterno del problema, ponendosi in una meta-posizione da cui poter esplorare la nuova narrazione da una diversa prospettiva. Lo spazio della terapia e il setting possono quindi essere un luogo in cui muoversi in sicurezza, un appoggio di cui servirsi in questo difficile movimento creativo.

Riferimenti bibliografici

- Brooks, P. (1995). *Trame, intenzionalità e progetto nel discorso narrativo*. Torino: Einaudi.
- Demetrio, D. (1995). *Autobiografia come cura del sé*, Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice, *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 103-108.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., e Catania, D. (2003). Rewriting self-narratives: the therapeutic process, *Journal of Constructivist Psychology*, 16:2, 155-181.
- Ferro, A. (1999). *La psicoanalisi come letteratura e terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., e Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Foucault, M. (2004). *L'ordine del discorso*. Torino: Einaudi.
- Gonçalves, M., Matos, M., e Santos, A. (2009). Narrative Therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change, *Journal of Constructivist Psychology*, 22:1-23.
- Hillman, J. (1984). *Le storie che curano*. Milano: Raffaello Cortina.
- Levi, P. (1986). *I sommersi e i salvati*. Torino: Einaudi.
- Luborsky, L. (1989). *Principi di psicoterapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maggiolini, A. (2013). Trasformazione del senso, *Psichiatria e Psicoterapia*, 32:4, 275-291.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., e Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy, *Psychotherapy Research*, 19:1, 68-80.
- Mendes, M., Ribeiro, A.P., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., e Gonçalves, M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system?, *Psychotherapy Research*, 20:6, 692-701.
- Mittino, F. (2013). La dimensione narrativa della mente implicazioni nel lavoro terapeutico, *Psichiatria e Psicoterapia*, 32:4, 239-249.
- Ribeiro, A.P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, B., e Gonçalves, M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state grids, *Psychotherapy Research*, 21, 54-69.
- Ribeiro, A.P., e Gonçalves, M. (2011). Maintenance and Transformation of Problematic Self-Narratives: A Semiotic-Dialogical Approach, *Integr. Psych. Behav.*, 45, 281-3.
- Ribeiro, A.P., Gonçalves, M., e Santos, A. (2010). Innovative moments in psychotherapy: From the narrative outputs to the semiotic-dialogical processes. *Integr. Psych. Behav.*, 45, 281-303.
- Santos, A., Gonçalves, M., e Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy, *Counselling and Psychotherapy Research*, June, 11(2), 129-139.
- Silva, J.R., e Gonçalves, M. (2013). Momenti innovativi in psicoterapia: panoramica di un programma di ricerca, *Psichiatria e Psicoterapia*, 32, 4, 316-328.
- Valsiner, J. (2008). *Constraining one's self within the fluid social worlds*. Paper presented at the 20th Biennial ISSBD meeting, Würzburg.

LA CREATIVITÀ IN GIOCO

di Claudia Bonaccini e Riccardo Simone

Psicologi Psicoterapeuti

In questo articolo si tenterà di definire la creatività, rintracciandone le origini secondo una prospettiva winnicottiana, come l'azione che fonda l'essere umano in quanto essere vivente. A partire da questa definizione si seguirà il percorso che porta alle conseguenze che una tale concettualizzazione ha sul piano terapeutico. Il sentiero si snoda ripercorrendo quelli che sono stati i principali cambiamenti nella concezione della natura del processo analitico, con particolare attenzione a quei modelli terapeutici che appaiono essere in linea con la prospettiva qui sostenuta.

Una prima importante tappa riguarda senza dubbio la rivoluzionaria introduzione del concetto di campo bipersonale, che ci appare essere un utile strumento per meglio comprendere e spiegare quello che accade nell'area transizionale condivisa della terapia. Infine, si incontreranno i moderni paradigmi di tipo "narrativo", con particolare attenzione a quello che è il pensiero di Antonino Ferro. I modelli "narrativi" sembrano condividere con Winnicott una concezione di fondo della psicoterapia come un "luogo" in cui è possibile co-costruire creativamente la realtà. I nuovi e potenti mezzi offerti dagli approcci "narrativi" forniscono al terapeuta un'ampia gamma di possibilità con cui favorire la creatività del campo, sostenendo un approccio terapeutico di tipo *giocoso e creativo*.

Creatività e Psicoanalisi

La maggioranza della letteratura psicoanalitica fa riferimento al concetto di creatività in maniera implicita ed indiretta, senza fornirne una definizione esplicita e chiara. Tale mancanza è probabilmente dovuta al fatto che la creatività è una qualità del funzionamento psichico non

delineabile e definibile sulla base di una specifica funzione mentale. La creatività, infatti, sembra manifestarsi più come una sorta di coloritura che le diverse attività mentali possono assumere (Calamandrei, 2017). Inoltre, nella storia del pensiero psicoanalitico la creatività non è sempre stata vista di buon occhio. Lo stesso Freud, nonostante la profonda ammirazione e stima nutrita nei confronti dei poeti e della loro capacità creativa (1906; 1907), relativamente al fantasticare, esprime la seguente posizione: "Si deve intanto dire che l'uomo felice non fantastica mai; solo l'insoddisfatto lo fa. Sono desideri insoddisfatti le forze motrici delle fantasie, e ogni singola fantasia è un appagamento di desiderio, una correzione della realtà che ci lascia insoddisfatti. (...) L'eccesso di effusione e di intensità delle fantasie costituisce le condizioni per la caduta nella nevrosi o nella psicosi; le fantasie sono anche i primi abbozzi mentali dei sintomi morbosi lamentati dai nostri ammalati. Da qui si dirama un'ampia via laterale che conduce alla patologia" (1906).

All'interno del movimento psicoanalitico l'originalità creativa, probabilmente proprio sulla base di questa concettualizzazione accettata in maniera rigida e acritica, è stata quindi per lungo tempo, e in parte ancora oggi, osteggiata in favore di un grigio conformismo.

L'inversione di questa tendenza è stata tutt'altro che un processo semplice e rapido, basti pensare a tal riguardo al famoso articolo di Otto Kernberg (1996) con il quale l'autore, proponendo in maniera ironica trenta modi per impedire lo sviluppo della creatività nei giovani analisti, si scaglia contro alcune delle regole e delle consuetudini degli Istituti di Psicoanalisi. Un'evoluzione in tal senso è ancora in atto, ma è innegabile che la creatività e il suo ruolo, sia nella teoria che nella pratica psicoanalitica, sono

andati incontro ad un profondo e radicale rinnovamento.

La creatività in Winnicott

Uno degli autori che per primo ha indagato in maniera più diretta la creatività, fornendone una visione nuova e feconda, è senza dubbio Winnicott.

Per Winnicott (1971) la creatività consiste in un tipo di atteggiamento nei confronti della realtà esterna, che fornisce valore a quest'ultima e fa sì che l'individuo abbia l'impressione che la vita valga la pena di essere vissuta. Tale definizione, perciò, implica al suo interno il concetto di validità della vita. In contrapposizione con ciò, la compiacenza verso il mondo, invece, genera nell'individuo un senso di futilità: "Il mondo e i suoi dettagli vengono riconosciuti solamente come qualcosa in cui ci si deve inserire o che richiede adattamento" (Winnicott, 1971).

Nell'elaborazione di Winnicott, quindi, la sanità è identificata con il vivere creativo e, invece, la compiacenza è vista come una base patologica per la vita. La creatività, dunque, assume nella teoria di Winnicott un posto centrale e fondante, poiché è l'essenza universale del vivere umano, appartiene al fatto di essere vivi: "La creatività dunque è l'azione che deriva dall'essere, segno che colui che è, è vivo" (1986).

In ragione del fatto che la creatività coincide con la *vitalità*, Winnicott individua nell'inizio della vita l'origine della creatività. Nelle prime fasi di sviluppo la "madre sufficientemente buona" si adatta in maniera quasi totale alle necessità del neonato. Tale completo adattamento fornisce al bambino l'opportunità di fare esperienza di onnipotenza, cioè l'illusione di trovare nella realtà esterna ciò che egli crea. Winnicott (1971) afferma: "La madre pone il seno reale proprio là dove il bambino è pronto a creare, e al momento giusto". Quindi, inizialmente il bambino non sa cosa deve essere creato, è la madre che presentando se stessa soddisfa i nascenti bisogni del bambino e, quando l'adeguamento materno alle necessità del figlio è armonioso, dà allo stesso l'illusione di creare la realtà.

L'esperienza di un'onnipotenza creatrice del mondo è resa possibile dal fatto che "Non v'è alcuno scambio tra la madre e il bambino. Psicologicamente il bambino prende da un seno

che è parte del bambino e la madre dà latte ad un bambino che è parte di se stessa" (Winnicott, 1971).

Tale identificazione primaria tra madre e bambino precede l'idea di essere "fuso con l'altro", poiché non vi è stata ancora altra cosa fuorché l'identità.

Questa modalità di entrare in relazione con gli oggetti, per Winnicott (1971), si basa su quello che egli definisce il "puro elemento femminile". La madre che è in grado di entrare in rapporto con il bambino attraverso il proprio elemento femminile consente allo stesso "la più semplice di tutte le esperienze, l'esperienza di essere".

In tale contesto, l'adattamento materno coincide con la capacità della madre di far sentire al bambino che il seno è il bambino stesso. Quindi, negli stadi precoci di sviluppo in cui non esiste ancora differenziazione tra madre e bambino, è necessario che la madre fornisca al bambino un seno che è, affinché egli possa *essere*.

Il "puro elemento maschile" invece, presupponendo la separazione tra soggetto e oggetto, *fa*, nel senso che entra in rapporto con l'oggetto sulla base delle pulsioni istintuali.

Viceversa, il puro elemento femminile non ha nulla a che fare con la pulsione e ha un rapporto con il seno (o con la madre) nel senso che il bambino diventa il seno (o la madre), in altri termini l'oggetto è il soggetto.

In conclusione, l'esperienza, fornita dalla madre, del puro elemento femminile si pone come base per la scoperta di sé e di un senso di esistere, che consente di entrare *creativamente* (in maniera vitale) in contatto con la realtà: "allorché l'elemento femminile nel bambino o nella bambina o nel paziente trova il seno è il sé che è stato trovato" (Winnicott, 1971).

Area transizionale e gioco

Nel corso dello sviluppo, la madre, a seconda della capacità crescente che il bambino ha di far fronte alla sua assenza, si adatta sempre meno completamente ai bisogni dello stesso. Infatti, il suo compito attuale è di disilludere gradualmente il bambino, introducendo l'*offesa del principio di realtà* (Winnicott, 1986).

A questo punto il bambino, grazie alla precedente esperienza di illusione resa possibile

da una madre sufficientemente buona, è però in grado di fronteggiare la disillusione dovuta al principio di realtà: “Se una persona è stata felice può sopportare le difficoltà. È lo stesso che dire che un bambino non può essere svezzato se non è stato allattato al seno (...). Non c'è disillusione (accettazione del principio di realtà) se non sulla base dell'illusione” (Winnicott, 1986).

La capacità di entrare in contatto con la realtà esterna senza essere travolti dallo sgomento per la perdita dell'*onnipotenza* ha la propria sede nell'*area transizionale*. L'area transizionale è uno spazio intermedio a cui contribuiscono sia la realtà interna che la realtà esterna, è una regione di confine tra l'illusione creatrice e la disillusione della percezione oggettiva della realtà ed è necessaria nell'infanzia per l'inizio di un rapporto tra il bambino ed il mondo. Tale territorio di frontiera tra realtà esterna e interna è però un'area di pace e di sollievo dalla tensione del perpetuo compito umano di mantenere separate, e tuttavia correlate, le due realtà. Si tratta di un'area neutra di esperienza che non viene messa in dubbio e di cui non ci si chiede se appartenga alla realtà interna o esterna. È proprio l'accettazione di questo paradosso e il non porsi tale interrogativo l'elemento costitutivo dell'area transizionale:

Posso guardare un orologio e vedere solo l'ora; oppure non vedere neppure quella, ma solo delle ombre sul quadrante; posso anche non vedere nulla. D'altra parte, posso cercare potenziali orologi e poi permettermi di allucinarne uno, perché mi è ben evidente che un orologio vero è in quel punto per essere visto, perciò, quando lo percepisco, sono già passato attraverso un complesso processo che si è originato in me. È per questo che quando vedo l'orologio lo creo e quando vedo l'ora creo anche quella. In ogni momento ho la mia piccola esperienza di onnipotenza, prima di passare questa ingrata funzione a Dio. C'è qualcosa di illogico in tutto questo. A un certo momento la logica assume la forma dell'illogicità logica. Non è possibile evitarlo: è così. (Winnicott, 1986)

Lo spazio transizionale, un'area di esperienza che non si trova né dentro l'individuo né fuori da esso, ha origine nello spazio potenziale che va formandosi tra madre e lattante nel corso dello sviluppo. All'interno dello spazio transizionale il bambino può quindi ammettere la separazione, prima dalla madre e poi tra Me e Non-Me, e al tempo stesso, colmare tale spazio. Può cioè

entrare gradualmente in contatto con il mondo riconoscendolo come esterno a Sé, ovvero come Non-Me. In questa nuova area, intermedia tra Me e Non-Me, non ci si chiede se ciò che c'è sia stato creato dal bambino o venga trovato da lui.

Nell'area transizionale è frequente l'uso, da parte del bambino, di ciò che Winnicott (1971) definisce *oggetto transizionale*.

L'oggetto transizionale non è né un oggetto interno né un oggetto esterno, non è, cioè, né sotto il controllo magico onnipotente come un oggetto interno né totalmente al di fuori del controllo come la madre reale.

L'esistenza dell'oggetto transizionale è garantita dall'accettazione del paradosso per cui l'oggetto è sia *creato* che *trovato* dal bambino: “Dell'oggetto transizionale si può dire che vi sia una intesa tra noi e il bambino sul fatto che noi non porremo mai la domanda: ‘Hai concepito tu questo o si è presentato a te dal di fuori?’. Il fatto importante è che non ci si aspetta nessuna decisione su questo punto. La domanda non va formulata” (Winnicott, 1971).

L'oggetto transizionale è il primo simbolo e rappresenta la fiducia nell'unione tra madre e bambino. Quando la madre è assente, l'utilizzo di tale oggetto da parte del bambino permette allo stesso di sperimentarne la mancanza e contemporaneamente di colmarla simbolizzandone l'unione. Fin dal primo uso dello spazio transizionale, è evidente, che ciò che accade in quest'area riguarda il gioco. Lo spazio transizionale, infatti, è il luogo del giocare, il bambino gioca con la realtà esterna e quella interna e attraverso questo giocare crea l'oggetto transizionale. Nell'area (transizionale) di gioco il bambino utilizza elementi del mondo esterno al servizio di aspetti della realtà personale, investendoli con significati e sentimenti del mondo interno. È insito nel gioco l'essere eccitante, un eccitamento non di tipo istintuale, ma connaturato alla natura precaria dell'influenza reciproca, nella mente del bambino, tra ciò che è soggettivo e ciò che è oggettivamente percepito.

Appare quindi evidente lo stretto legame esistente tra il gioco e la creatività: “È nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé” (Winnicott,

1971). Il giocare, inteso come possibilità di muoversi nello spazio transizionale in maniera creativa, rimane il modo di funzionare tipico, ed anzi fondante, dell'area transizionale anche nell'età adulta. In altri termini, si potrebbe dire che è il giocare a creare lo spazio transizionale. Possiamo quindi immaginare lo spazio transizionale come l'area d'incontro *giocos* tra realtà interna ed esterna. Un incontro che non è solo un avvicinamento di due mondi, un adattamento di due realtà, un semplice fare i conti con la realtà esterna o con le pulsioni interne, ma è un incontro creativo in cui dal contatto tra realtà interna ed esterna, si genera una realtà transizionale che ha un impatto su entrambe. In questo spazio, il bambino prima e l'adulto poi, sperimenta nuovamente l'illusione dell'onnipotenza creatrice del mondo, propria delle primissime fasi dello sviluppo, ma ad un livello differente, perché grazie alle acquisizioni fatte nel corso dello sviluppo, tra cui la più importante è probabilmente il pensiero simbolico, è possibile giocare ad un livello via via più complesso e sofisticato. Inoltre, al termine del processo maturativo prima descritto, nel corso del quale il bambino ha incontrato il principio di realtà, viene raggiunta la capacità di *usare* gli oggetti (Winnicott, 1971). Tale attitudine si differenzia dall'*entrare in rapporto* con l'oggetto, che è essenzialmente un'esperienza del soggetto come un essere isolato. Infatti, in tale dinamica si verificano dei cambiamenti per cui, attraverso meccanismi di proiezione e identificazione, il soggetto cede parti di sé depositandole nell'oggetto, il quale assume adesso un significato personale.

L'*uso* di un oggetto invece, oltre a implicare ciò che si verifica nell'*entrare in rapporto*, comporta il riconoscimento dell'oggetto in quanto reale e appartenente ad una realtà esterna condivisa. Quindi, l'oggetto non è più percepito come un fascio di proiezioni, ma il soggetto ne accetta l'esistenza indipendente e il suo essere sempre stato là dove si trova. Solo dopo aver ammesso la perdita della propria onnipotenza, identificando gli oggetti esterni come Non-Me, il soggetto può *usare* gli oggetti. Questa acquisizione permette un nuovo tipo di rapporto tra individui basato sulle identificazioni crociate, in un continuo scambio tra realtà esterna e rappresentazioni della realtà interna. Grazie a

questa capacità è ora possibile il sovrapporsi di aree di gioco di individui differenti da cui si sviluppano il gioco condiviso e le esperienze culturali. Nell'adulto tali esperienze provocano un sensibile piacere e traggono conferma dal legame che si stabilisce tra le aree transizionali delle persone coinvolte. Questa condivisione è alla base dei fenomeni artistici e religiosi, del vivere immaginativo e del lavoro creativo e scientifico (Calamandrei, 2017).

Sulla base di quanto detto finora risulta evidente come il luogo in cui la creatività può trovare espressione sia lo spazio transizionale. All'interno di esso l'individuo può infatti muoversi in maniera *creativa* – creando una “terza realtà” – e quindi trasformativa sia della realtà interna che esterna, riunite nell'area transizionale.

Nel fare ciò l'Io ritrova l'onnipotenza infantile e incontra il Sé: “La creatività, quindi, consiste nel mantenere, nel corso della vita, qualcosa che appartiene all'esperienza infantile: la capacità di creare il mondo” (Winnicott, 1986). Per essere creativi, quindi, è necessario accettare il paradosso connaturato allo spazio transizionale ed è proprio l'accettazione di tale contraddizione ad avvicinare la modalità di funzionamento creativa al processo primario, così come descritto da Freud (1899). Infatti, il processo primario è una modalità inconscia di funzionamento dell'apparato psichico, contraddistinto dalla scarica immediata della pulsione, in cui idee opposte possono essere presenti contemporaneamente senza cadere in contraddizione.

Area Transizionale e Psicoterapia

All'interno della realtà transizionale oltre l'arte, la religione e le esperienze culturali, trova sede anche la psicoterapia: “La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme. Il corollario di ciò è che quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace” (Winnicott, 1971).

Infatti, l'incontro tra paziente e terapeuta permette la creazione di uno spazio transizionale

condiviso, all'interno del quale i due possono giocare. Il *gioco* in tale area consiste nella possibilità di muoversi all'interno della stessa in maniera *creativa*. Giocare è di per sé una terapia, l'essere creativi, infatti, coincide con l'essere sani.

La psicoterapia, perciò, è solo uno dei possibili mezzi per favorire il *gioco*. La patologia, invece, corrisponde ad una modalità di stare all'interno della realtà transizionale eccessivamente compiacente, che conduce ad un senso di futilità della vita. L'individuo che vive costantemente in maniera compiacente è annientato e annichilito da un mondo vissuto come qualcosa in cui è incastrato e al quale si può solamente adeguare. La concezione della psicoterapia come un modo di giocare, porta a osservare l'interessante parallelismo tra le *regole* del gioco e ciò a cui, in ambito psicoanalitico, si è tradizionalmente sempre fatto riferimento con il termine *regole* del setting. Il setting, infatti, è ciò che permette l'instaurarsi di una terapia, così come le regole sono ciò che consente il gioco. Inoltre, la regola costitutiva e implicita della psicoterapia è che, all'interno della cornice terapeutica, se tutto è possibile con il linguaggio, l'azione è invece preclusa. All'interno del setting analitico, qualsiasi tipo di impulso, affetto ed emozione può essere comunicato, è l'espressione fisica dello stesso che è interdetta. Il paziente, cioè, può esprimere verbalmente il proprio amore per il terapeuta, ma non può andare a letto con lui. Tale principio sembra garantire che la terapia resti all'interno dell'area transizionale. Infatti, pur essendo il gioco intrinsecamente eccitante, ciò non deriva dal coinvolgimento delle pulsioni istintuali e, anzi, il gioco è costantemente minacciato dall'eccitamento pulsionale. Quando l'eccitazione corporea supera un certo livello, ciò porta alla conclusione del gioco. Il postulato per il quale, nel setting analitico, l'azione è preclusa, garantisce quindi che l'eccitamento istintuale non raggiunga mai quel livello tale per cui si uscirebbe dall'area transizionale. La comune esperienza di piacere ed eccitamento che, indipendentemente dai contenuti che possono essere anche dolorosi, paziente e terapeuta talvolta sperimentano nel corso delle sedute, appare perciò in linea con l'idea che ciò che accade in terapia riguardi il gioco.

Tali sensazioni sono state, invece, tradizionalmente condannate e liquidate come

espressioni abnormi di transfert e controtransfert. In particolare, per quanto riguarda l'analista tale aspetto è stato spesso negato in virtù del mito della neutralità assoluta e del timore che tali emozioni vengano tacciate essere una nevrosi di transfert del terapeuta. Viceversa, l'esperienza di piacere ed eccitazione in terapia spesso nasce dall'attività creativa che si è sviluppata in seduta e può, anzi, essere un importante indicatore che le cose stanno funzionando, che paziente e terapeuta stanno *giocando bene*.

Il Campo Bipersonale

Se è vero che il teatro in cui va in scena la psicoterapia è uno spazio transizionale condiviso, il concetto di campo bipersonale introdotto da Willy e Madeleine Baranger (1990) ci appare utile a comprendere ciò che accade all'interno di tale spazio.

“Le caratteristiche strutturali della situazione analitica rendono necessaria una descrizione con l'aiuto del concetto di campo. La situazione analitica ha la sua propria struttura spaziale e temporale, è orientata secondo linee di forza e dinamiche determinate, possiede proprie leggi di sviluppo, obiettivi generali e obiettivi momentanei. Questo campo è il nostro oggetto immediato e specifico di osservazione” (Baranger e Baranger, 1990).

Il concetto di campo è però utile soltanto se si rinuncia a considerarlo come una teoria psicoanalitica comprensiva e lo si affianca ad altre teorie e modelli, come ad esempio la teoria sui fenomeni transizionali e quella basata sui concetti di transfert e controtransfert. Impiegato in questa maniera, il concetto di campo consente di spiegare meglio alcune dimensioni della situazione analitica e di averne una visione più completa. Il sovrapporsi delle aree transizionali di paziente e terapeuta dà, infatti, origine ad un elemento terzo con qualità e dinamiche indipendenti: il campo bipersonale, cioè una realtà transizionale condivisa.

Il campo non è la semplice somma dei membri della coppia, né è riconducibile all'uno o all'altro, ma si tratta di qualcosa che si crea tra *due*, all'interno dell'unità che essi costituiscono nel momento della seduta. I componenti della coppia analitica, inestricabilmente legati e

complementari all'interno di questa situazione, non sono intelligibili l'uno senza l'altro.

Il campo analitico secondo i Baranger (1990) si struttura su tre livelli sovrapposti: il primo livello corrisponde agli aspetti formali e al contratto di base (setting), il secondo agli aspetti dinamici del contenuto manifesto e dell'interazione verbale, il terzo all'aspetto funzionale di integrazione ed insight rispetto alla fantasia inconscia bipersonale formatasi all'interno della relazione di coppia e alla quale contribuiscono, seppur con un peso differente, sia il paziente che il terapeuta. Tale fantasia, costituita da un gioco incrociato di identificazioni proiettive e introiettive, con il loro corollario di controidentificazioni, diventa l'oggetto specifico dell'analisi, in quanto struttura dinamica che dà costantemente un significato al campo. La fantasia inconscia bipersonale può, dunque, influenzare e/o essere influenzata dalla modalità – che secondo Winnicott può variare dal polo creativo a quello compiacente – con cui la coppia si muove all'interno del campo bipersonale/spazio transizionale condiviso. La fantasia inconscia del campo bipersonale può, quindi, essere vista come il prodotto dell'incontro tra i fenomeni di transfert e controtransfert del paziente e i corrispettivi meccanismi dell'analista. Il risultato di ciò è qualcosa di totalmente nuovo, cui è auspicabile che il paziente dia un contributo maggiore, ma al quale partecipa costantemente e in maniera attiva anche il terapeuta. Infatti, la situazione analitica, proprio in virtù delle sue caratteristiche, permette il libero gioco dell'identificazione proiettiva del paziente fornendogli l'opportunità di strutturare la fantasia di coppia secondo i propri bisogni e con il minimo di ostacoli da parte del terapeuta, il quale cerca di limitare i, pur sempre presenti, fenomeni transferali.

La concettualizzazione del campo bipersonale, e della fantasia inconscia in particolare, come esito di meccanismi transferali e controtransferali, unita alla prospettiva secondo cui il campo corrisponde ad un'area transizionale condivisa, ci spinge ad osservare un certo parallelismo tra i concetti di *transfert* e *controtrasfert* e quelli di *realtà interna* ed *esterna*, che danno vita allo spazio transizionale. In tale ottica, infatti, il transfert, giacché conseguenza di meccanismi proiettivi

del mondo personale del soggetto, sembra coincidere con la realtà interna, il controtransfert invece, poiché reazione a ciò che il soggetto incontra nel mondo, equivale alla realtà esterna o, perlomeno, alla percezione che l'individuo ha della stessa (Figura 1).

Un altro aspetto fondamentale che campo e area transizionale condividono è quello di *ambiguità*. Affinché si generi un campo bipersonale di tipo analitico è necessario che, non solo l'analista e gli eventi della relazione transferale, ma tutti gli aspetti del campo, siano vissuti sul piano dell'ambiguità:

Se l'analizzando visse l'analista per quello che costui è (se, per esempio, si limitasse a considerarlo il suo analista), eliminerebbe il fenomeno transferale – cosa inconcepibile – e, nello stesso tempo, sopprimerebbe ogni possibilità di analisi. È essenziale per il procedimento analitico che ogni cosa o ciascun avvenimento del campo sia contemporaneamente un'altra cosa (...). Questo avviene soprattutto perché si sovrappongono due spazi: a quello che abbiamo chiamato spazio comune si sovrappongono molte esperienze di spazio momentanee, senza che, in questa sovrapposizione o mescolanza, si produca la totale sostituzione di uno spazio con l'altro. Lo spazio della situazione analitica viene a somigliare a quello del sogno, nel quale lo scandalo geometrico dell'“ubiquità” diviene la regola.

(Baranger e Baranger, 1990)

L'accettazione di tale ambiguità da parte del paziente (e non ci azzardiamo a dire da parte dell'analista...) può oscillare tra due limiti: un'ambiguità rifiutata per paura della regressione e un'ambiguità disciolta da una situazione eccessivamente regressiva. Tali estremi sembrano avere un legame con i due poli di creatività e compiacenza, tra i quali ci si può muovere all'interno dell'area transizionale.

Uno sbilanciamento eccessivo verso la creatività può condurre ad un precario senso di realtà, un approccio troppo compiacente, invece, può comportare l'incapacità di prendere contatto con il mondo soggettivo e con l'approccio creativo alla realtà: “Le persone schizoidi non sono più soddisfatte di se stesse di quanto lo siano le persone estroverite che non sono in grado di prendere contatto con il sogno. Questi due gruppi di persone vengono in psicoterapia perché nell'un caso non vogliono passare la loro

esistenza irrevocabilmente tagliate fuori dal contatto con i fatti della vita, e nell'altro caso perché si sentono estraniati dal sogno" (Winnicott, 1971).

Quindi, sia il campo bipersonale sia lo spazio transizionale necessitano, come elemento costitutivo indispensabile, l'accettazione dell'ambiguità e del paradosso. Per quanto riguarda l'area transizionale il paradosso reso descrittivamente più evidente è di tipo spaziale (uno spazio vuoto viene contemporaneamente ammesso e colmato), mentre nel caso del campo bipersonale l'aspetto di ambiguità ha un carattere più di tipo temporale: "La temporalità della situazione analitica può essere paragonata a quella dei racconti di fate e dei sogni: 'c'era una volta...'" (Baranger e Baranger, 1990).

Il tempo del campo è, contemporaneamente, presente, passato e futuro. La componente riguardante il presente è rappresentata dal fatto che la terapia è un'esperienza attuale e nuova, caratterizzata dal rapporto con un individuo il cui atteggiamento è essenzialmente differente da quello delle altre persone della vita del paziente. Al contempo però, poiché l'analisi è fatta per consentire al paziente la libera ripetizione di tutte le situazioni conflittuali della propria vita, è costantemente vivo un aspetto legato al passato. È proprio l'opportunità di rivivere la propria esistenza nella situazione di ambiguità temporale, caratteristica del contesto terapeutico, che permette al paziente non solo di prendere coscienza della propria storia ma anche di modificarla retroattivamente, attribuendo nuovi significati agli eventi trascorsi. All'interno di tale dinamica trova posto anche il futuro, il quale, grazie alla risignificazione del passato, si tinge nuovamente di speranza e possibilità. Passato e futuro, però, acquisiscono significato l'uno in virtù dell'altro, quindi, non solo il futuro è influenzato dal passato, ma anche il rivivere il passato nell'ambiguità temporale procede via via che si mette in discussione il futuro: "Si potrebbe affermare che la dialettica temporale dell'analisi evolva da una temporalità fissa e determinata, passando attraverso una temporalità particolarmente ambigua, fino a una temporalità diversa (più mobile, con più futuro, con un altro contenuto)" (Baranger e Baranger, 1990).

L'accettazione dell'ambiguità del campo e la creazione dell'area transizionale sono favorite

dalla posizione di regressione, di paziente e terapeuta, permessa o addirittura raccomandata dalla situazione analitica. Il parallelismo tra campo bipersonale e fenomeni transizionali, anche se non in maniera approfondita, era già stato rilevato dai Baranger, è però la nozione di campo che ha, effettivamente, permesso agli stessi di proporre una nuova visione della natura del processo psicoanalitico e, conseguentemente, una modificazione significativa dell'approccio terapeutico: "noi attualmente pensiamo che i termini 'oggetto transizionale' e 'schermo di una doppia proiezione' si applichino non all'analista, bensì alla situazione analitica come campo. Il processo dell'insight agisce per primo nel campo. L'interpretazione adeguata apre il campo e, fino a un certo punto, mette in rapporto le strutture coscienti e inconsce di esso. La 'visione' che l'analizzando ha di questo campo si amplia, nel contempo si modifica e provoca una ristrutturazione (...) non si tratta di una semplice redistribuzione all'interno del campo di istanze, oggetti, parti del Sé" (Baranger e Baranger, 1990).

I concetti di transfert e controtransfert, pur mantenendo una loro utilità teorica, vengono quindi superati, ed è il campo a diventare l'oggetto specifico di studio e di cura. Non si fa, dunque, più riferimento ad un paziente malato (compiacente) ed un terapeuta sano (creativo), ma si inizia a parlare di patologie del campo. È il campo che deve essere "curato". È il campo che da *compiacente* deve diventare *creativo*.

Il Processo Terapeutico nell'Area Transizionale

La concezione sulla natura del processo terapeutico già prima dei Baranger era stata oggetto, nel corso del tempo, di numerosi e importanti cambiamenti. Nelle prime concettualizzazioni di Freud (1896), il ruolo dell'analista era assimilato a quello di un archeologo "neutro", che doveva favorire il riemergere di resti dimenticati di antiche civiltà e, contemporaneamente, garantire, con la propria neutralità, di non interferire con le operazioni di scavo. Per svolgere tale indagine erano dunque richieste precisione, rigore ed atteggiamenti propri di un esploratore. Questa

ricerca aveva insita in sé l'illusione di una possibile neutralità ed il vestito dell'esploratore, proprio perché neutrale, non avrebbe mai avuto bisogno di essere lavato. La polvere controtransferale non poteva essere vista né tantomeno riconosciuta, quindi, non compariva ancora nell'orizzonte della psicoanalisi.

Sarà poi lo stesso Freud a riconoscere l'ingenuità di tale posizione: "Non soltanto il modo di essere dell'io del paziente, ma anche le caratteristiche peculiari dell'analista devono essere prese in considerazione tra i fattori che influenzano le prospettive della cura analitica, e che, alla stregua di resistenze, possono renderla più difficoltosa" (1937). Sebbene Freud giunga a riconoscere l'inevitabilità del controtransfert, egli lo considera come una resistenza inconscia dell'analista, attivata per influsso del paziente, che limita la capacità di comprensione ed è, quindi, uno spiacevole inconveniente da controllare e limitare.

È probabilmente il "mito" della neutralità analitica, dal quale consegue l'idea che il controtransfert rappresenti un ostacolo al processo analitico, che ha portato a trascurare, per lungo tempo, gli affetti e le emozioni dell'analista, non riconoscendone le potenzialità terapeutiche.

In seguito, soprattutto grazie ai lavori della Klein sul concetto di identificazione proiettiva (poi sviluppato da Bion nei suoi aspetti più comunicativi), si verifica una modificazione nella concezione dell'analisi e si sviluppa l'idea che essa sia essenzialmente una *relazione*, che coinvolge entrambi i membri della coppia, sia pure con modalità e funzioni differenti. Tale cambiamento ha creato le condizioni per la valorizzazione del controtransfert, che trova il suo fulcro all'inizio degli anni '50, con i lavori contemporanei ma indipendenti della Heimann in Inghilterra e di Racker in Argentina.

Entrambi questi autori evidenziano come il controtransfert sia un prezioso strumento di lavoro e di conoscenza del paziente, consentendo inoltre un accesso diretto ai livelli più primitivi e meno strutturati della mente (Ruggiero, 2013).

Si inserisce a questo punto l'introduzione della nozione di campo, la quale, ampliando la concettualizzazione relazionale della psicoanalisi kleiniana, implica un radicale cambiamento di

prospettiva. L'attenzione non è più sul paziente o sul terapeuta in quanto singoli individui, ma si sposta sul campo, considerato come fenomeno nuovo e unico dell'incontro tra i due membri della coppia. Infatti, come afferma Ogden (1994), il campo è un "terzo analitico intersoggettivo" alla cui composizione concorrono sempre sia il paziente che il terapeuta, ma che non è mai riconducibile ad uno solo dei due o alla semplice somma delle individualità degli stessi. Inoltre, il "terzo", se da una parte è generato dallo scambio inconscio tra i membri della coppia analitica, dall'altra crea il paziente e il terapeuta in quanto tali, nel senso che non esistono un analista, un analizzando e un processo analitico al di fuori di esso.

Nella stanza ormai non c'è più un paziente che parla ed un analista che lo ascolta e che va alla ricerca di un atteggiamento neutrale per poter dare delle interpretazioni non condizionate né "disturbate" da troppo personali caratteristiche e difetti; né ci sono due persone che si confrontano con due movimenti transferali, delle quali una, l'analista, è in possesso di strumenti per poter fronteggiare meglio dell'altra ciò che il paziente mette dentro di lui. In questa stanza c'è una gruppaltà nuova fatta da tutti i personaggi e le storie che il paziente porta e che l'analista considera anche in base ai suoi personaggi ed alle sue storie, per poter costruire assieme al paziente le storie che lui non ha potuto ancora costruire. C'è un sogno, un grande e unico sogno da vivere (o da rivivere), un gioco nuovo fatto di emozioni e nebbie, ma anche di storie e sceneggiature non ancora narrate o addirittura nemmeno scritte

(Varrani, 2015)

C'è, in altri termini, il campo bipersonale, l'area transizionale condivisa a cui partecipano costantemente sia il paziente che il terapeuta. Nasce da qui una rivalutazione della soggettiva del terapeuta con il bisogno e talvolta la necessità di mettersi in discussione e di accettare un coinvolgimento anche sul piano personale. Inoltre, la prospettiva di campo, dal punto di vista tecnico, si traduce sostanzialmente in un'attenzione focalizzata sulle evoluzioni e i mutamenti delle atmosfere emotive e affettive durante la seduta; questa attenzione è considerata importante in sé stessa e preliminare rispetto a qualsiasi intervento. Permette infatti di prendere contatto con aree del Sé e del rapporto analitico intense e profonde, ma non ancora

accessibili al pensiero e all'elaborazione, con esperienze difficili da avvicinare e confinate nel dominio del pre-verbale. Tale aspetto è efficacemente descritto da Neri e Selvaggi (2009), i quali, riprendendo una famosa frase di Bion, propongono una definizione di campo come luogo che sta tra il “pensatore” ed i “pensieri senza pensatore”, cioè i pensieri non ancora pensati che emergono dalla situazione e non dalla mente dei soggetti coinvolti. Il campo è, quindi, un’“area transizionale” tra i membri della coppia analitica in cui idee, emozioni e sensazioni possono essere depositate, condivise ed eventualmente lasciate “maturare” fino a che non sia possibile elaborarle.

Tale concezione permette di descrivere come la duplice funzione paradossale dello “spazio transizionale” trovi espressione nel contesto terapeutico. Infatti, così come l'area transizionale permette al bambino di creare la realtà e, contemporaneamente, entrare in contatto con la stessa senza esserne travolto; così il campo, nella situazione terapeutica, è sia ciò da cui si generano i “pensieri senza pensatore”, sia il luogo in cui questi ultimi possono essere incontrati, lo spazio in cui il “pensatore” si può “permettere” di pensare ciò che ancora non è stato pensato. Il primo compito del terapeuta è, dunque, quello di percepire i mutamenti del campo ed annotarli nella propria mente come osservazioni utili per seguire lo sviluppo della seduta e del processo terapeutico in generale. Tali variazioni possono però anche non essere registrate come semplici osservazioni, ma trasformate in immagini, fantasie e narrazioni che, a tempo debito, verranno comunicate (o meno) al paziente.

Questo lavoro di osservazione, raffigurazione ed eventuale condivisione, affianca l'interpretazione, ridefinendone la posizione e l'importanza. Ciò comporta un'evoluzione della tecnica classica, per cui la ricettività dell'analista, l'attenzione per il contesto, le trasformazioni che opera sugli elementi non-verbali (extra-verbali, ultra-verbali), la capacità negativa e la tolleranza per il dubbio assumono un fondamentale ruolo terapeutico assieme alla capacità d'interpretazione e soprattutto alla capacità di modulazione interpretativa (Ferro, 2006).

Un altro aspetto essenziale del lavoro dell'analista è, perciò, quello di cogliere i segnali delle imprevedibili trasformazioni del campo e

favorirne la rappresentabilità attraverso una modalità di intervento tesa all'apertura e alla continua formazione di nuovi sensi e nuovi significati. Ciò si traduce nella pratica clinica in un'alta frequenza di interventi di tipo insaturo, che prevedono, cioè, un certo grado di incertezza e dubbio.

Gli interventi insaturi sono più spesso minimali, accompagnano passo dopo passo il discorso del paziente, risultano funzionali al livello micrometrico dell'interazione. Ogni intervento dell'analista avviene all'interno di una tessitura a quattro mani del senso e perde ogni connotato oracolare. L'obiettivo è di dare la possibilità al paziente di poterli far scorrere nel tempo a suo piacimento. Il paziente potrà così affrontare una particolare configurazione relazionale che produce sofferenza attraverso una narrazione di pezzi della sua storia, non solo con l'intento di ricostruire in questo modo la memoria, ma anche di portare quella configurazione al centro del discorso. L'analista potrà cogliere quelle configurazioni costanti che lo guideranno nel costruire il suo intervento che non conterrà semplicemente elementi ricostruttivi ma sarà naturalmente impregnato della realtà della situazione analitica.”

(Ferro et al., 2015)

Uno stile di intervento eccessivamente insaturo può però comportare vissuti di confusione o, se troppo allusivo, di persecutorietà nel paziente. Entra qui in gioco la dimensione artigianale, o se vogliamo artistica, del lavoro del terapeuta, il quale deve regolare il gradiente di saturazione dei propri interventi, da un livello massimo di insaturità ad un livello di completa esplicitazione. Di tale dinamica Ferro (2002) offre una suggestiva immagine rappresentandola come il “respiro” del campo, in cui il terapeuta favorisce il passaggio da momenti di espansione (insaturazione-inspirazione) a momenti in cui il campo collassa (saturazione-espirazione) in un'interpretazione.

Un modello che predilige interventi di tipo insaturo non esclude la possibilità di tipiche interpretazioni di transfert, ma prevede una *forma mentis* del terapeuta che punti, oltre che ad evidenziare gli aspetti legati alle dinamiche transferali, a favorire lo sviluppo della *creatività* del paziente, ad espanderne la capacità di *giocare*, di stare e costruire in coppia. Tale aspetto risulta di particolare importanza in relazione a quei “pensieri senza pensatore” che scaturiscono dal

campo. Si tratta, infatti, di elementi non ancora pensabili, che non possono, cioè, essere contenuti in un testo interpretativo o rappresentativo e che, riguardando il registro astratto della relazione e delle identità di ciascun partner con emozioni che scaturiscono dall'incontro stesso, non è detto che trovino possibilità di trasformazione.

Ammettere ed accogliere la qualità pre-individuale degli elementi del campo, che non possono essere attribuiti inequivocabilmente ad uno dei membri della coppia e sono comunque legati ad appartenenze non consapevoli, è quindi l'unico modo per permettere lo schiudersi di una possibilità di trasformazione anche dei livelli primitivi e primari dell'esperienza. In altri termini, se attribuiamo al campo le qualità proprie del modo di muoversi all'interno dell'area transizionale, possiamo quindi immaginare il processo terapeutico, soprattutto per quanto riguarda gli stadi più profondi e nucleari del funzionamento psichico, come il passaggio da un campo *compiacente* ad uno *creativo*. Un campo compiacente, infatti, permette di ripercorrere cronologicamente la vita del paziente e, tutt'al più, di far emergere episodi dimenticati, ma ciò avviene con un andamento nevroticamente ripetitivo e stereotipato che non ammette l'evoluzione e il cambiamento. Un campo creativo, invece, consente di rivivere la propria storia trasformandola "creativamente" attraverso la creazione di nuovi mondi e nuovi significati. Il compito primario del terapeuta diventa quindi quello di favorire l'emergere di una modalità *giocosa* di stare nell'area transizionale, di facilitare, cioè, la transizione da un campo compiacente ad uno *creativo*, poiché solo attraverso tale primario mutamento possono avvenire le successive trasformazioni dell'esperienza, delle emozioni e dei vissuti del soggetto. Con ciò non si vuole affermare l'esistenza di una relazione lineare di causa-effetto tra queste due tipologie di cambiamento, le quali appaiono, invece, legate da un rapporto di costante e reciproca influenza.

Creatività e Narrazione

Il filo rosso che collega lo spazio transizionale al campo ritrova una tridimensionalità nuova grazie al potere figurativo della narrazione. Uno

dei maggiori esponenti dell'approccio "narrativo" è senza dubbio Antonino Ferro (2006). Alla base di questa visione vi è l'idea secondo cui, sia nell'analista che nel paziente, è costantemente all'opera una *attività di rêverie di base*, intesa come il modo in cui l'individuo continuamente accoglie, metabolizza e trasforma tutti gli elementi esterni e interni che sollecitano la sua mente. Lo scopo dell'analisi è dunque, in primo luogo, quello di sviluppare la capacità di tramutare gli stimoli sensoriali in immagini. In realtà Ferro (2017), riprendendo Bion, si spinge ben oltre la situazione analitica e considera tale attività di rêverie come specifica della nostra specie e costantemente presente nel corso di tutta l'esistenza. È, pertanto, ininterrottamente attivo un processo che continuamente trasforma il flusso di sensorialità in immagini, dette pittogrammi, mai direttamente conoscibili ma accessibili indirettamente attraverso i "derivati narrativi" del pensiero onirico della veglia. Tutta la nostra vita psichica dipende, quindi, da questa sequenza onirica di pittogrammi che non conosciamo. "Questa attività di rêverie di base è il fulcro della nostra vita mentale, e dal suo funzionamento/disfunzionamento dipendono la sanità, la malattia o la sofferenza psichica" (Ferro, 2006).

Questa concezione ci appare in linea con l'idea di Winnicott secondo cui la sanità coincide con la creatività. Potremmo, quindi, ipotizzare che lo *spazio transizionale* sia il luogo in cui l'*attività di rêverie di base* trova espressione e il buon funzionamento di quest'ultima corrisponde con la capacità di muoversi creativamente all'interno dell'area transizionale. L'attività di rêverie di base permette di *trasformare* i contenuti proto-mentali emotivi o sensoriali, *creando* dei pittogrammi. Se quest'insieme di proto-elementi resta ad uno stato crudo e non elaborato, produce "malattia". I pittogrammi, perciò, consentendo una presa di distanza dalla "realtà" fonte di angoscia e restituendone uno statuto di pensabilità, diventano, nel pensiero di Ferro (2017), i costituenti dell'inconscio. "Il lavoro dell'analisi sostanzialmente diventa la trasformazione di questi stati proto-emozionali, proto-significativi, "proto-tutto", in immagini, poi in narremi, in unione di narremi, cioè in narrazioni, e attraverso questi processi si contribuisce alla costruzione del pensiero, dell'emozione e in fondo anche

dell'inconscio" (Ferro, 2017). Nell'approccio "narrativo", pertanto, il riferimento al narrare si lega alla possibilità di cogliere, dare forma e rendere quindi rappresentabile e pensabile qualcosa che bolle nel campo in modo implicito o soltanto su un livello emotivo. Le storie non sono curative di per sé, ma lo sono solamente nella misura in cui permettono, attraverso parole, scene e narrazioni, di dare corpo e visibilità a emozioni e vissuti troppo addensati. Non è dunque importante la singola storia, ma cogliere le emozioni che sono a monte del racconto che è un derivato narrativo delle emozioni stesse.

Il paradosso winnicottiano insito nell'idea di creatività sembra qui trovare un'ulteriore possibilità di espressione. Infatti, se da una parte le narrazioni permettono di *trovare* e dare espressione ad emozioni che, anche se non avvicinabili, sono già presenti, dall'altra, è altrettanto vero che le narrazioni consentono di trasformare e quindi *creare* nuovi vissuti e nuove emozioni. La possibilità offerta dalla narrazione di dare rappresentabilità e comunicabilità a stati emotivi prima non esprimibili permette di trasformare, creare e inventare una storia che fornisce narrabilità, visibilità e coerenza alla propria esistenza. Secondo questa prospettiva quindi, l'analista "usa degli strumenti che aiutano la creatività (del campo), partecipa a delle atmosfere, consente delle atmosfere, si permette delle fantasie, apre dei sensi occlusi, percorre strade che ormai erano piene di cespugli, che ormai erano intransitabili" (Ferro, 2017).

Ovviamente, è necessario ed etico che l'apertura di nuovi mondi avvenga a partire dagli ingredienti emotivi portati dal paziente e che non vi sia l'apertura di mondi che prevarichino e alterino i proto-materiali del paziente. L'analisi, tuttavia, è sempre il frutto di due menti e si verifica, perciò, sempre una co-narrazione e una co-costruzione di mondi tra paziente ed analista.

Proprio in tale co-costruzione sembra risiedere un importante aspetto terapeutico dell'approccio "narrativo", in particolare, e della psicoanalisi, in generale: la cura avviene quando paziente ed analista insieme riescono a tessere elementi prima intransitabili e inesprimibili in una narrazione condivisa. Da un punto di vista tecnico, il modello "narrativo" porta ad un ulteriore ridimensionamento dell'importanza

dell'interpretazione, che viene in larga misura assorbita dal concetto di trasformazione. L'interpretazione è solo l'ultimo atto di una serie di processi trasformativi e di ricerca di senso che si sono attivati nel campo e che il terapeuta ha tentato di favorire. Infatti, tali modificazioni del campo non si verificano solamente attraverso comunicazioni esplicite, ma anche e soprattutto attraverso i cambiamenti della qualità profonda dell'ascolto e della disponibilità ricettiva dell'analista. Non è, quindi, più sufficiente interpretare, ad esempio, il timore di un clima freddo e poco comunicativo, ma il terapeuta, attraverso il campo, deve favorire la trasformazione del clima in caldo e comunicativo e ciò indipendentemente dal punto di origine (mente del terapeuta o identificazioni proiettive del paziente) del freddo.

In seduta un paziente arriva con un mal di pancia che poi, a fine seduta, se le cose funzionano, non sarà decodificato – "Tu hai il mal di pancia per questo motivo", per cui ci sono una scoperta e l'insight –, ma gli passerà, e al posto del mal di pancia avrà delle immagini, delle costruzioni, dei racconti, delle storie. (...) dunque, anziché avere il mal di pancia, finisci la seduta raccontando che uccideresti volentieri, o che hai fatto un sogno in cui ammazziavi, uno che ti dava fastidio." (Ferro, 2017)

L'approccio "narrativo" garantisce al paziente anche la possibilità di modulare il livello di intensità con cui affrontare un particolare nodo emozionale, attraverso la scelta del "genere letterario" più adatto a garantire la distanza emotiva ottimale (Ferro *et al.*, 2015).

L'opportunità di utilizzare stili narrativi differenti ha, inoltre, già insito in sé un aspetto trasformativo. Narrare una storia con uno stile differente comporta inevitabilmente una trasformazione del racconto e delle emozioni ad esso connesse.

Terapia, Gioco e Creatività

Il legame tra la possibilità offerta dalla narrazione di creare nuovi mondi e nuove storie e la capacità di creare la realtà garantita da una modalità creatività di muoversi all'interno dell'area transizionale appare evidente. Ciò, inoltre, risulta

confermato dal fatto che quello che accade quando si costruisce con la narrazione riguarda il giocare: “l’analisi deve essere un piacere, deve essere un gioco, ma anche un gioco in cui si gioca come nel teatro di De Filippo, dove tante volte si gioca con temi tragici” (Ferro, 2017).

Come ci ricorda Winnicott il gioco è una cosa molto seria per il bambino e, in questo contesto, diventa l’azione costitutiva dell’essere, colui che gioca è, vive in modo creativo. Giocare, quindi, non significa non essere seri o evitare il dolore e la sofferenza, ma consiste nel mantenere costantemente attiva la possibilità di rimanere vivi mentalmente, non facendosi mai schiacciare dai fatti concreti della vita. Infatti, anche nei casi in cui il dolore è il tema centrale del quale non si sa come potersi occupare, tutta la terapia sarà centrata sul tentativo di metabolizzare questo macigno di sofferenza, trasformandolo in qualcosa che può essere prima comunicato e poi giocato:

io penso che una buona seduta di analisi sia una seduta in cui si sia giocato insieme. (...) in qualche modo noi possiamo anche giocare col dolore, con la sofferenza, con la pena. Possiamo compiere una trasformazione in dramma, una trasformazione in tragedia, una trasformazione in qualsivoglia forma letteraria adatta a rendere quel tipo di emozioni che stiamo cercando di portare in vita, in modo da portare qualcosa di olograficamente vivace e significativo all’interno del campo analitico, qualcosa che poi rimanga anche al paziente come stile comunicativo con se stesso.

(Ferro, 2017).

Così come una spirale trova la sua conclusione nella propria origine, così anche noi siamo ricatapultati all’inizio della nostra trattazione. Infatti, il concetto di creatività, sebbene trasversale a tutta l’esposizione, ritrova a questo punto, grazie alla potenza rappresentativa della narrazione, la sua originaria-infantile essenza di capacità di creare la realtà. Nella prospettiva da noi qui presentata, quindi, la creatività, intesa come possibilità di rimanere *vivi* e di *essere*, va ad occupare, sia nella teoria che nella pratica terapeutica, un posto di assoluta importanza. La capacità dell’individuo di trasformare, rinnovare e creare la propria esperienza in maniera creativa è ciò che gli consente di sperimentare e ritrovare un senso di vitalità e libertà del proprio essere. Tale dinamica ci appare essere inestricabilmente

legata con l’impossibilità, specifica dell’essere umano, di conoscere la realtà ultima delle proprie emozioni, dei propri bisogni e delle proprie paure.

Il contatto con tali aspetti avverrà sempre, dunque, attraverso delle forme diluite, quali possono essere quelle create per mezzo del sogno o della creatività:

Saremo in grado di avvicinarci a delle verità, ma qualsiasi verità, per essere vissuta, condivisa, esperita, deve avere sempre degli spazi di bugia attorno. La verità senza manico di bugia assomiglierebbe a una padella che qualcuno ci chiedesse di prendere in mano, mentre al suo interno delle patate stanno friggendo nell’olio fumante, a temperatura inavvicinabile: abbiamo bisogno del manico della bugia per poter prendere in mano la padella e la verità (e le ottime patate fritte che la verità ci dà). Non siamo una specie in grado di tollerare l’impatto duro e puro della realtà. (...) Quindi noi ci avviciniamo sempre con le presine della metafora, della bugia, intendendo per bugia l’attenuazione, la mitigazione rispetto alla conoscenza ultima.

(Ferro, 2017)

Sulla base di tali considerazioni, un approccio terapeutico di tipo *creativo* e *giocosso* assume, anche da un punto di vista teorico, una consistenza nuova. Solamente attraverso una modalità terapeutica che favorisce e stimola la creatività, è possibile avvicinare *giocosamente* le proprie emozioni e poi trasformarle/crearle in un’inesauribile dialettica paradossale anch’essa sostenuta dal *gioco*. È, infatti, in tale dinamica, fatta di un fluire libero e giocoso, che l’individuo può sperimentare la sensazione di essere *vivo* ed *esistere*.

Riferimenti bibliografici

- Baranger, W., e Baranger, M. (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesis della sofferenza e cura psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferro, A. (2006). *Tecnica e creatività. Il lavoro analitico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferro, A. (2017). *Pensieri di uno psicoanalista irriverente. Guida per analisti e pazienti curiosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferro, A., Mazzacane, F., e Varrani, E. (2015). *Nel gioco analitico: lo sviluppo della creatività in psicoanalisi da Freud a Queneau*. Milano: Mimesis.

- Freud, S. (1896). Etiologia dell'Isteria. In: *Opere 1892-1899. Volume 2. Progetto di una psicologia e altri scritti* (1972). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1906). Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen. In: *Opere 1905-1908. Volume 5. Il motto di spirito e altri scritti* (1972). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1907). Il poeta e la fantasia. In: *Opere 1905-1908. Volume 5. Il motto di spirito e altri scritti* (1972). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1937). Analisi terminabile e interminabile. In: *Opere 1930-1938. Volume 11. L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti* (1982). Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 5: 1031-1040 (trad. it.: *Trenta modi per distruggere la creatività dei candidati in psicoanalisi*. Gli argonauti, 1998, 76: 1-14; edizione Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/kernberg-1.htm>).
- Neri, C., e Selvaggi, L. (2009). Campo. In: Barale F, Bertani M., Gallese V., Mistura S., Zamperini A. (a cura di), *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze, vol. I*, Torino: Einaudi, 180-185.
- Ogden, T.H. (1994). The analytic third – Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-20.
- Ruggiero, I. (2013). Controtransfert. *Voce in SpiPedia*. Disponibile sul sito: <https://www.spiweb.it/category/spipedia/>
- Varrani, E. (2015). Introduzione. In: Ferro A., Mazzacane F., Varrani E. *Nel gioco analitico: lo sviluppo della creatività in psicoanalisi da Freud a Queneau*. Milano: Mimesis.

LA FUNZIONE ESPRESSIVA DELLA NARRAZIONE COME ATTO CREATIVO IN PSICOTERAPIA

di Giovanna Gladi*, Francesca Vienni**

**Psicologa **Psicologa Psicoterapeuta*

La creatività non è altro che un'intelligenza che si diverte

Albert Einstein

In psicologia, il termine creatività è stato assunto a indicare un processo di dinamiche intellettuali che ha come fattori caratterizzanti: particolare sensibilità ai problemi, capacità di produrre idee, originalità nell'ideare, capacità di sintesi e di analisi, capacità di definire e strutturare in modo nuovo le proprie esperienze (Vocabolario Treccani).

Se guardiamo alla creatività come ad un qualcosa che appartiene solo ad alcuni, "le persone creative", allora cadiamo nell'errore che questa non sia una funzione intrinseca dell'essere umano e dunque che solo alcuni di noi saranno destinati a sviluppare tale qualità. Dall'altra sicuramente alcune persone più di altre sono in grado di incrementare, sviluppare e sfruttare al meglio la loro creatività.

Freud sostiene che la psicoanalisi non può far nulla per chiarire l'essenza del dono artistico, né può spiegare i mezzi con i quali l'artista lavora, cioè la tecnica artistica. Ma la creatività è un fenomeno psichico e, in quanto tale, è legittimo oggetto di studio per le scienze della mente: la loro indagine non riguarda i risultati artistici o scientifici prodotti dal pensiero creativo, ma il pensiero medesimo.

Durante tutto il secolo scorso la psicoanalisi ha cercato le radici e le cause del pensiero creativo. Psicologi e pedagogisti si sono chiesti come si sviluppa e come funziona la creatività e se e come può essere insegnata o favorita.

Le scienze cognitive si sono occupate di memoria, apprendimento, elaborazione delle informazioni, ma è stata in origine la psicoanalisi,

con la scoperta dell'inconscio, a indagare le cause più remote della creatività. Secondo Freud "la creatività è un tentativo di risolvere un conflitto generato da pulsioni istintive biologiche non scaricate, perciò, i desideri insoddisfatti sono la forza motrice della fantasia ed alimentano i sogni notturni e quelli a occhi aperti".

Lo psicoanalista Silvano Arieti distingue tra creatività ordinaria, capace di migliorare la vita dell'autore rendendola più piena e soddisfacente, e creatività straordinaria, quella che inventa nuovi paradigmi e migliora la vita di tutti contribuendo al progresso.

Per Arieti, l'individuo capace di produrre creatività straordinaria "conserva una possibilità più grande della media di accesso alle immagini, alla metafora, alla verbalizzazione accentuata e ad altre forme connesse al processo primario, che è inconscio o preconscious". Sia il sognatore sia lo schizofrenico e l'individuo creativo condividono un accesso facilitato alla sfera primaria, ma mentre lo schizofrenico ci resta intrappolato e il sognatore perde le sue suggestioni notturne quando si confronta con le logiche del giorno, l'individuo creativo seleziona, adotta e adatta materiali primari innescando il pensiero logico e integrato che appartiene al processo secondario.

La magia della sintesi creativa, il processo terziario, chiede una dose superiore alla norma di passività ricettiva: quella che permette ai materiali primari di emergere "improvvisamente, inaspettatamente, di getto, come in un lampo; durante la meditazione, la contemplazione, il fantasticare, il rilassamento, l'assunzione di

droghe, i sogni”, ma chiede anche una dose superiore di attività intenzionale e consapevole per gestire quei materiali adeguatamente. È una magia, dice Arieti, “di cui la persona creativa rimane la depositaria, un segreto che non può rivelare né a se stesso né agli altri. Quello che non è più un segreto è il modo in cui il suo processo creativo si svolge, raggiunge la sua conclusione, e quali condizioni facilitino la sua comparsa” (Arieti, 1976).

Con l'avvento negli ultimi venti anni della psicologia positiva e l'evoluzione nella visione di benessere soggettivo come esperienza psicologica positiva e non come mera assenza di sintomi si è posta l'attenzione sull'utilizzo della creatività in quanto tecnica espressiva, e del processo creativo come strada per migliorare le condizioni umane, per apportare un cambiamento aprendosi alla propria esperienza interna.

L'orientamento verso l'analisi degli aspetti positivi presenti in ciascun individuo riflette tendenze socio-culturali più ampie che riguardano il valore assegnato all'individuo, l'importanza attribuitagli nel valutare la propria vita e soprattutto il riconoscimento che il benessere comprende elementi positivi e non consiste semplicemente nell'assenza di quelli negativi.

In questa direzione, ad esempio la creatività è stata associata con il mantenimento di relazioni positive, con una terapia efficace, con la risoluzione di conflitti in modo efficace, con la riduzione di atteggiamenti negativi.

L'artefatto creativo crea una rappresentazione immaginaria di un aspetto del mondo del bambino, che si impegna in un'attività umana unica: trasformare la sua consueta esperienza del mondo e rappresentarla in un nuovo livello di azione e di pensiero.

L'attività creativa conferisce il potere di fare e disfare, di conoscere l'oggetto e se stessi più intimamente. Il coinvolgimento dei bambini nel fare arte è in gran parte diretto all'interiorità e tende verso una sempre maggiore articolazione: sono enunciazioni espressive a proposito di ciò che si conosce, si prova e si vuole capire. È un dialogo con se stessi che, con qualsiasi attribuzione di significato, è intrinsecamente affettivo. È un'attività di problem solving

sovente permeata di emozioni intense e d'interessi che sono vicini al cuore dell'artista.

Golomb (2004) distingue due tendenze a proposito dell'intenzione e della motivazione dei bambini a fare arte: una narrativa e una espressiva, entrambe influenzate dal contesto culturale in cui viene prodotta. La tendenza narrativa è motivata dal desiderio di raccontare una storia, di trasmettere informazioni relative alla natura e alla funzione degli oggetti, alla disposizione di una scena e alle azioni e intenzioni dei protagonisti. Il desiderio di essere competente dal punto di vista narrativo governa, con lo scopo di trasmettere in modo efficace il messaggio, la differenziazione e la coordinazione tra i vari elementi della composizione.

Via via che l'intento narrativo si stabilizza l'atto creativo dei bambini diventa più riflessivo, implica la capacità di correggere e di imparare dall'esperienza personale e dai modelli di altri.

La creatività si forma e si trasforma continuamente, esige un'intelligenza pronta ed elastica, una mente libera da preconcetti. L'individuo creativo è in continua evoluzione e le sue possibilità creative nascono dal continuo aggiornamento e dall'allargamento della conoscenza in ogni campo.

La creatività, e con essa la fantasia e l'invenzione, devono essere sempre disponibili e funzionare in perfetta armonia, non si devono avere preconcetti, idee fisse, modelli preferiti, stili da perpetuare. Tutte queste cose frenano la libera manifestazione della creatività. Il principio guida, secondo Bruno Munari, è che “da un maggior sviluppo della creatività, consegue un maggior sviluppo della personalità”.

La potenzialità terapeutica delle tecniche espressive si basa sul *processo* creativo e non sul *prodotto* espressivo, intendendo per *processo* il “*come*” si costruisce l'opera e non su “*cosa*” viene prodotto; non è necessario, perciò, che esso abbia connotazioni estetiche oggettive e quindi l'espressione è libera. Di conseguenza la funzione terapeutica che svolge è data anche dall'assenza di giudizio di valore, dato invece da un prodotto che potrebbe essere giudicato giusto o sbagliato sulla base di canoni prestabiliti. Ciò non vuol dire che il paziente non sia tenuto a rispettare alcuna regola, dato che questo vanificherebbe qualsiasi processo terapeutico, ma dentro alle regole del setting e della relazione

terapeutica egli può esprimere liberamente ciò che gli deriva dal suo mondo interno.

Grazie a tali caratteristiche le tecniche espressive, tra le quali la narrazione che ci troviamo qui ad approfondire, possono essere a nostro avviso un utile strumento per agire sulla sfera emotivo affettiva dell'individuo.

Ciò che ci siamo proposte di presentare nei paragrafi successivi è quello di considerare l'importanza delle narrazioni in psicoterapia e di quanto la creatività sia implicata nel processo di cambiamento terapeutico attraverso tale funzione. Tale trattazione non ha la pretesa di essere esaustiva al riguardo, ma di offrire in merito degli spunti di riflessione rispetto ad alcune tecniche espressive basate sulla narrazione.

La Narrazione come Cura

Il concetto di narrazione è molto ampio e travalica i confini del racconto orale e/o letterario; la narrazione è riferibile al mito, alla leggenda, alla fiaba, alla novella popolare, all'epica, alla storia, alla tragedia, al dramma, alla commedia, al mimo, alla pittura, al cinema, al teatro, ai fumetti, alla conversazione. Indipendentemente da una suddivisione in buona e cattiva letteratura, la narrazione sembra internazionale, trans-storica, trans-culturale: la vita stessa è narrazione in quanto storia (Bruner, 1988).

Quando parliamo di narrazione non ci limitiamo alla sola narrazione di tipo verbale ovviamente. L'operazione narrativa, infatti, può avvenire attraverso vari canali (dal linguaggio parlato, alla scrittura, all'immagine).

L'uso e la presenza costante della scrittura negli ultimi cinquemila anni di storia dell'uomo dimostra lo straordinario potere psicologico, oltre che comunicativo, di questo mezzo. Lo stesso metodo di distinzione tra storia e preistoria mette in evidenza l'importanza della scrittura nella rilettura della cultura umana: è storico tutto ciò che avviene dopo che l'uomo ha iniziato a lasciare documenti scritti.

Scrivere qualcosa, come leggerlo, può facilmente cambiare il nostro umore ed avere forti implicazioni sul resto della nostra giornata. Non solo, la scrittura può cambiare i nostri stati interiori e l'organizzazione dei pensieri, anche

quando scrittore e lettore siano separati da una consistente distanza spazio-temporale.

I motivi per cui l'uomo scrive possono essere ricondotti prevalentemente ad un forte bisogno comunicativo insito nella mente umana, per sua natura prettamente linguistica. Alcuni autori come Maturana (1993) vedono il linguaggio come caratteristica essenziale di una mente autocosciente. Secondo questo approccio la mente è funzione del linguaggio e non viceversa. La scrittura ha un alto potere comunicativo essendo uno dei metodi più efficaci e sicuri per scambiarsi informazioni. La scrittura, da un punto di vista psicologico, dà all'uomo l'illusione benefica di poter lasciare un segno e di far sì che i propri pensieri gli sopravvivano.

Le funzioni della scrittura non si limitano all'ambito di una comunicazione tra figure reali. Si può benissimo scrivere ad un altro immaginario e cogliere ugualmente i benefici di un'attività liberatoria ed organizzatrice come questa. Le nostre vite sono incessantemente intrecciate alle narrazioni, alle storie che raccontiamo o che ci vengono raccontate, a quelle che sogniamo o immaginiamo o vorremmo poter narrare. Tutte vengono rielaborate nella storia della nostra vita, che noi raccontiamo a noi stessi in un lungo monologo. Noi viviamo immersi nella narrazione ripensando e soppesando il senso delle nostre azioni passate, anticipando i risultati di quelle progettate per il futuro, e collocandoci nel punto di intersezione di varie vicende non ancora completate. L'istinto narrativo è antico in noi quanto il desiderio di conoscenza, è il modo privilegiato per attribuire significati.

L'interesse per una "psicologia narrativa" è emerso all'interno di un più generale orientamento "narrativo" nell'epistemologia e nelle scienze dell'uomo; per ciò che riguarda la psicologia, questo interesse è stato favorito dallo sviluppo degli studi sulle storie (nella clinica e nella psicologia evolutiva). Non è facile dire in che cosa una storia consista, e anche in campo linguistico non si è ancora pervenuti ad una sua definizione univoca.

Molti psicoterapeuti individuano nell'attività del narrarsi il fulcro del processo terapeutico; in campo clinico, Erving Polster (1987) suggerisce che la vita di ogni persona può essere vista come

un romanzo: la scoperta di tale analogia sarebbe di per sé terapeutica.

Polster, come Hillman (1984), vede la psicoterapia come un processo estetico-artistico. Il terapeuta deve usare gli stessi criteri selettivi e costruttivi che usa uno scrittore nel produrre una storia, allo scopo di aiutare il paziente a “ri-scrivere” la sua biografia. È in questo modo che all’interno del setting si produce una storia di cui terapeuta e paziente costituiscono i co-narratori. Tale prassi d’intervento è sostenuta dalla “scoperta” teorica di un modo specifico di funzionare della mente: il pensiero narrativo.

Il pensiero narrativo sarebbe alla base di un modo di rappresentare e conoscere il mondo guidato da regole portatrici di senso, una modalità peculiare con la quale l’uomo organizza, elabora e narra la realtà e l’esperienza di sé. Una volta assunto che la narrazione può costituire un veicolo di cambiamento, è lecito notare come ci siano narrazioni più efficaci di altre; spesso non è sufficiente un semplice narrarsi per promuovere un cambiamento. È interessante comprendere in quale modo la narrazione produce dei cambiamenti, “come” le storie curano e in quali circostanze un tipo di narrazione può essere efficace.

Questo perché, nel corso della vita, non facciamo altro che raccontare noi stessi attraverso storie che rappresentano dei veri e propri atti narrativi in quanto frutto di operazioni attive di organizzazione ed elaborazione dei diversi episodi che riteniamo più importanti per la nostra vita (Callieri, 1999-2000).

Tale operazione, tuttavia, non nasce esclusivamente dall’esigenza di raccontarci all’esterno, bensì dalla necessità di dare un senso a ciò che ci accade, di collegare i diversi eventi che costellano la nostra esistenza lungo una dimensione sia temporale che spaziale. Nasce dal desiderio di raccontarci a noi stessi. Oltre ad essere un essenziale strumento relazionale quindi, la narrazione rappresenta anche, e soprattutto, la via attraverso cui dare forma alla propria identità. Talvolta tali narrazioni assumono un valore di sofferenza, fino a sfociare nella patologia.

Secondo Callieri, la *narrativizzazione* di ogni storia di malattia è uno degli strumenti primari di cui ci si serve per contestualizzare la malattia, per cui si

sviluppano temi nuovi, mentre altri perdono di rilevanza.

Se parliamo di identità narrativa, possiamo dire che ogni volta che ci presentiamo sia a noi stessi che agli altri, in realtà ci stiamo raccontando in un certo modo. Questo perché, come dice Callieri “noi non siamo altro che la storia che raccontiamo di noi stessi e la nostra identità narrativa si costituisce mediante la nostra storia”. Sono le storie che le persone raccontano e si raccontano della propria vita a determinare il significato che loro stesse attribuiscono alle esperienze vissute. Le esperienze che l’Io compie danno forma all’identità: narrarle dà loro un senso, le inserisce in un contesto, in un tempo e quindi in una storia già esistente.

Narrare rappresenta, quindi, un’operazione di consapevolezza in quanto equivale a costruire una propria visione di se stessi e del mondo: sono io come narratore che, nel momento in cui racconto qualcosa, opero una selezione, un’organizzazione del materiale disponibile.

L’elaborazione dei fatti in storie o “racconti personali” è necessaria perché le persone diano un senso alla loro vita, perché acquistino un sentimento di coerenza e continuità. Creando dei legami intenzionali tra le esperienze vissute. Non si può prescindere dal concetto di intenzionalità in quanto, nel costruire storie, le persone determinano, oltre al significato che attribuiscono all’esperienza, anche quali aspetti dell’esperienza vissuta vengono selezionati per l’attribuzione del significato.

Quello che narro, poi, è sempre influenzato da chi mi sta ascoltando o da chi immagino mi stia ascoltando. Probabilmente il mio stile cambierà anche in funzione del pubblico o di quello che immagino sia il mio pubblico. Nel momento in cui narro, compio una scelta: scelgo cosa narrare di me e cosa no, cosa far trasparire, organizzo i tempi, le intonazioni, le espressioni facciali, le parole, la voce, le pause. Questo è particolarmente evidente se racconto un fatto della mia vita a un amico, un nemico, una persona che mi sta antipatica, una persona che mi sta simpatica, una persona di cui mi vorrei innamorare o ad una che odio.

L’attività narrante quindi si completa e acquista senso solo se c’è un ascoltatore della narrazione. Non è sufficiente, infatti, che qualcuno narri se non c’è nessuno che ascolti ciò che si sta

narrando. All'intenzionalità di chi racconta, quindi, è sempre indispensabile si leghi l'intenzionalità di chi sta ascoltando quel racconto. Un libro ha bisogno di un lettore per diventare narrazione, così come il diario ha bisogno del mio ascolto affinché mi narri qualcosa.

All'interno della relazione psicoterapeutica si viene a creare tra paziente e terapeuta una polarità narratore-ascoltatore della narrazione. Tale polarità necessita dell'intenzionalità di entrambi per dar vita ad una costruzione narrativa che li coinvolga in quanto attori della relazione.

Per tutto il percorso della terapia paziente e terapeuta lavorano su realtà narrative che il paziente stesso crea rendendole racconti. Al terapeuta non interessa se quelle realtà siano "veramente" accadute oppure no; ciò che a lui interessa è la ricostruzione che il paziente fa di ciò che è avvenuto.

Nel momento in cui si racconta qualcosa che appartiene al proprio passato, infatti, non lo si rivive, lo si ricostruisce. "All'autore, pur sempre a qualcuno rivolgendosi, preme il gusto del ricordare non per fatti quanto piuttosto per significati tratti dall'esperienza e quindi per riflessioni" (Demetrio, 1995). Il che non vuol dire che lo si inventa ma che l'"Io tessitore", come lo definisce Demetrio, dà vita ad un intreccio tra realtà narrativa e realtà storica, ad un "come se". Più il racconto è coerente, più elevata sarà la possibilità di confondere realtà narrativa e realtà storica con la realtà vissuta.

Ciò permette al terapeuta di liberarsi dai vincoli della verità e di lavorare sulla realtà narrativa che la persona sta raccontando e ri-costruendo insieme a lui.

Mentre ci rappresentiamo e ricostruiamo "ripensiamo a ciò che abbiamo vissuto, creiamo un altro da noi. Lo vediamo agire, sbagliare, amare, godere, mentire, ammalarsi e gioire: ci sdoppiamo, ci bilochiamo, ci moltiplichiamo" (Demetrio, 1995). Creiamo una "distanza estetica", creativa, in quanto ci osserviamo nel nostro narrare; ci distanziamo dall'evento accaduto, entro un certo limite, per poterlo organizzare in una forma narrativa.

Il qui ed ora della terapia diventa il luogo e il tempo fertile all'interno dei quali iniziare a vivere esperienze nuove, nuovi modi di sentire, versioni

diverse della propria esistenza e, quindi, nuovi racconti.

Compito del terapeuta è quello di entrare nel mondo ipotetico del "come se" del paziente, nelle sue diverse ricostruzioni ed ascoltare il nascere di connessioni con la sua storia.

"Ricostruire una storia diviene dunque un costruire insieme un tratto di vita, rimodellare parti di sé, delle rappresentazioni della propria identità e del proprio contesto sociale" (Venturini, 1995). Significa dare origine ad un racconto nuovo che, in quanto condiviso, crea un confronto all'interno del quale il terapeuta si muove verso un obiettivo: facilitare la persona nell'assunzione di responsabilità, aiutarla a rischiare possibilità diverse, ad aprire un copione di vita che si ripeteva sempre nello stesso modo. L'aiuta a riaprire il finale, in un certo senso, in quanto gli offre la possibilità di togliere la parola fine. In questo senso parliamo di narrazione creativa.

Ovviamente, non spetta al terapeuta proporre una storia diversa: egli può limitarsi a dare degli stimoli, a mettere in figura qualcosa che è sullo sfondo. Può proporre al paziente di indossare delle alternative andando a vedere se nella storia che quest'ultimo gli racconta è possibile inserire dei sottotesti, delle storie di personaggi secondari. Sostanzialmente quella che compie è una riorganizzazione del campo narrativo giocando con gli elementi della storia del paziente.

Quindi anche la psicologia e la psicoanalisi non sono passate indenni attraverso la svolta narrativa/biografica, tant'è che si parla ora di una vera e propria psicologia narrativa, determinata dal rinnovato interesse per l'uso ed il significato delle storie in terapia e più in generale della loro importanza nella costruzione del sé di un individuo.

In ambito psicoanalitico ha fatto la sua comparsa la categoria del sé narratore, dove il termine indica un sé che racconta storie e la descrizione del sé appartiene alla storia narrata. Non manca a questo panorama narrativo l'identificazione del terapeuta con la figura di un "cercatore di storie".

Gli stessi sistemi di credenze, che impariamo con la cultura di cui facciamo parte, non vengono più intesi semplicemente come sistemi di eventi reali, ma sono considerati piuttosto come storie che gli

esseri umani si narrano per organizzare e interpretare la loro esperienza. Vista in quest'ottica, anche la "patologia" viene considerata come una particolare struttura narrativa, e la terapia un intervento su di essa. Ciò che ci colpisce e ci fa riflettere è che anche le diverse proposte metodologiche presenti in ogni particolare scuola terapeutica possono essere definite come storie o narrazioni diverse; e così, accanto ad una "storia" freudiana e neofreudiana, adleriana, junghiana, abbiamo anche una storia sistemico-relazionale, una gestaltica, una analitico-transazionale, eccetera: narrazioni diverse, ma continue, all'interno di quella narrazione più generalizzata che fin dal suo apparire è stato, ed è tuttora, il movimento psicoterapeutico.

L'uso della narrazione secondo Van Der Kolk: la parola nella risoluzione del trauma

Van der Kolk, uno dei più importanti pionieri nella ricerca e nel trattamento dello stress traumatico, sottolinea l'importanza dell'espressione e condivisione dei propri eventi di vita, delle proprie emozioni, non solamente nelle situazioni traumatiche ma anche all'interno di uno sviluppo normativo, per conferire continuità alla propria storia di vita, integrarne gli eventi e costruire in questo modo la propria identità, impedendo al tempo stesso un blocco nello sviluppo del proprio Sé. Ignorare la realtà interiore, difatti, deteriora il senso di Sé, l'identità e le intenzioni; diventa quindi fondamentale permettere a se stessi di sapere ciò che si sa, "scoprire il proprio Sé nelle parole è sempre una rivelazione, anche se trovare le parole per descrivere la realtà interiore può essere un processo straziante".

Van der Kolk, nei suoi scritti (2015), conferisce un ruolo centrale alla parola nella risoluzione del trauma e alla possibilità di costruire una storia per elaborare e conferire significato agli eventi che l'individuo affronta per evitare l'isolamento maligno che il trauma comporta. "Mentre il trauma ci lascia muti, il percorso per superarlo è lastricato di parole, assemblate con cura, una dopo l'altra, fino a quando l'intera storia può essere rivelata".

È necessità dell'individuo riconoscere e nominare quello che gli succede per esercitare un

controllo sulla propria vita, mettere l'esperienza in parole, sentirsi ascoltati e compresi.

Van der Kolk mostra anche come questo processo comporti un cambiamento nella fisiologia e afferma che "essere in grado di articolare un sentimento complesso e riconoscersi nei nostri stessi sentimenti attiva il sistema libico e crea un momento catartico. Al contrario silenzio e incomprensione uccidono lo spirito" (2015).

Senza un linguaggio e un contesto la consapevolezza si può limitare, finché si mantengono segreti e si nascondono informazioni si è in conflitto con se stessi e si dispende un'enorme quantità di energia per celare il nucleo dei sentimenti ad essi associati; mentre la consapevolezza dei continui cambiamenti del mondo interno e di quello esterno permette di poterli affrontare e gestire.

Inoltre, la narrazione può anche educare al controllo delle emozioni forti, in quanto concentrandole in pochi minuti nel racconto permette di elaborare quegli stati emotivi che nella realtà durano a volte troppo a lungo (Van Der Kolk, 2015).

La narrazione si pone come mediazione per la comprensione individuale e collettiva della realtà. Secondo Jedlowski, rappresentando le azioni umane, le relative emozioni, a livello soggettivo il racconto diviene veicolo di una verità, quella del soggetto narrante e del destinatario della narrazione, del loro modo di attribuire senso agli eventi della vita e di associarvi significati, valori, emozioni.

Bruner, Polkinghorne, Smorti e Poggio mostrano come l'azione comunicativa del narrare sia mirata alla comprensione ed all'interpretazione dei significati in cui gli individui organizzano la propria esperienza.

Movente principale della narrazione è difatti il *sense-making*, vale a dire l'attribuzione di un ordine causale all'agire, l'intento interpretativo. Grazie alla narrazione gli individui possono districarsi all'interno del caos dell'esperienza, imponendo un ordine significativo e coerente agli eventi e stabilendo relazioni causali e temporali.

Poiché il significato di un'esperienza può essere colto solo in maniera retrospettiva, cioè tramite l'interpretazione, interpretare il significato di

un'azione o di un evento significa metterlo in relazione con altre azioni o eventi, connettendolo con un filo logico e ricostruendo un senso complessivo, vale a dire situarlo all'interno di storie.

La pratica narrativa risulta allora la principale forma di produzione di senso, di interpretazione e spiegazione degli eventi, di costruzione di significato, di rappresentazione di una realtà comprensibile, all'interno della quale l'azione del soggetto si fa possibile, comunicabile e condivisibile con altri soggetti.

Come sottolinea Van Der Kolk, condividere le proprie esperienze è nella natura dell'essere umano, poiché in fin dei conti siamo esseri sociali, per cui i nostri cervelli sono connessi tra loro per favorire la condivisione delle attività, siano esse il lavoro o l'attività ricreativa.

Potersi sentire al sicuro con le altre persone è forse l'aspetto più importante della salute mentale; connessioni sicure sono fondamentali per una vita significativa e soddisfacente.

Vari studi hanno dimostrato che il supporto sociale costituisce la protezione più profonda contro la sopraffazione dello stress. Per supporto sociale non si intende la mera presenza di altri, ma la reciprocità: essere veramente sentiti e visti dalle persone intorno a noi, sentire di essere compresi nella mente e nel cuore di qualcun altro. La condivisione di storie allevia in questa direzione il senso d'isolamento.

È però opportuno riportare i limiti della parola come strumento nella costruzione di una consapevolezza del proprio Sé, rintracciabili prevalentemente nella difficoltà di percepire i vissuti nel profondo e al contempo comunicarli.

La ricerca neuro-scientifica ha dimostrato l'esistenza di due forme distinte di autoconsapevolezza, che se vogliamo sono le stesse descritte da Damasio (1999): quella che tiene traccia del Sé nel tempo e quella che coglie il Sé nel momento presente.

Il primo, il Sé autobiografico, crea collegamenti tra le esperienze e le integra, tramite il linguaggio in una storia coerente. Le nostre narrazioni cambiano con i racconti, sono continuamente sottoposte a revisioni e aggiornamenti, così come mutano la nostra prospettiva e il modo in cui incorporiamo nuove informazioni. Le storie biografiche non sono resoconti fedeli della realtà

ma trasmettono il nostro personale punto di vista sulla realtà.

L'altro sistema, la consapevolezza di Sé momento per momento, si basa principalmente sulle sensazioni fisiche e, se ci sentiamo sicuri di non essere travolti, possiamo trovare le parole per comunicare anche quell'esperienza. Un sistema crea una storia a uso del pubblico, l'altro registra la verità che ha a che fare con il modo in cui viviamo la situazione nel profondo, cui si deve accedere per essere consapevoli del proprio Sé. Il fatto di ricordare o meno un determinato evento e l'accuratezza con cui l'individuo lo ricorda dipende da quanto quello specifico evento sia stato significativo per lui e quanto si sia sentito coinvolto emotivamente da esso, in quel preciso momento.

Raccontare la storia è importante; senza storia i ricordi diventano congelati, e senza i ricordi è impossibile immaginare che le cose possano essere differenti. Ma il racconto della storia dell'evento non garantisce l'integrazione del ricordo, è fondamentale riviverne anche le emozioni e le sensazioni fisiche.

Il linguaggio si è evoluto principalmente per condividere, non per comunicare i sentimenti profondi, la nostra interiorità.

Benché, in un primo momento, Van der Kolk si focalizzi principalmente sull'utilizzo della parola, mostra poi come ci siano altri modi per accedere al mondo interno dei sentimenti che possano assolvere la medesima funzione integrativa e che non si preoccupino del riscontro con l'altro.

Inoltre, è importante tenere di conto che molti bambini non sono in grado di comunicare efficacemente con le parole e diventa quindi importante delineare nuovi modi per parlare di sentimenti e condividere le proprie aspettative.

Tra questi si nomina lo scrivere a se stessi; l'ascolto del flusso libero dei pensieri e una secondaria lettura attraverso cui si scoprono verità sconvolgenti permettono di collegare auto-osservazioni e parti narrative senza preoccuparsi di ottenere l'approvazione altrui. Anche l'arte, la musica e la danza hanno la capacità di sciogliere il mutismo e permettere all'individuo di esprimere e condividere i suoi vissuti interni. Vi sono numerosi resoconti che attestano l'efficacia delle terapie espressive senza però mettere in discussione l'essenziale apporto del linguaggio poiché "il nostro senso di Sé

dipende dall'essere in grado di organizzare i nostri ricordi in un insieme coerente" (2015).

L'utilità del pensiero narrativo nello sviluppo dell'identità

Lo sviluppo del senso d'identità

Per quanto conoscibili solo indirettamente, cioè dai loro effetti, del Sé e dell'identità facciamo continuamente esperienza: come condizione soggettiva di integrità e di salute o, al contrario, come condizione di mancanza, di disagio e di non continuità. Il costrutto d'identità è composto di due aspetti: l'idea che l'individuo ha di se stesso e ciò che l'individuo è, con le caratteristiche che fanno di lui un essere unico e riconoscibile. Non sempre i due aspetti coincidono, può accadere che quello che l'individuo pensa di essere sia diverso da quello che effettivamente è, vale a dire da ciò che lo guida in termini di atteggiamenti e valori.

Per la prospettiva psicoanalitica sia il Sé sia l'identità rappresentano concetti limite: un limite tra mondo interno e mondo esterno, tra individuale e sociale, tra sentirsi in relazione con gli altri e allo stesso tempo separati da loro, tra sentirsi abbastanza interi o invece disgiunti.

Secondo Khout (1977) il Sé non è tanto un'entità quanto un processo che si dipana attraverso tappe diverse. Per l'autore il Sé rappresenta una struttura interattiva e relazionale, e le relazioni concorrono all'autonomia e alla coesione del Sé, all'acquisizione di una stabile identità nello spazio e nel tempo.

Le competenze relazionali dei primi anni di vita assumono significati e sfumature del tutto particolari nel momento in cui il bambino acquisisce la comprensione di sé e degli altri, la coscienza di possedere un'identità separata dalle altre persone si basa sul processo di differenziazione e sulla rappresentazione del Sé come un'entità oggettiva.

La comprensione degli altri e di sé è un requisito indispensabile alla socialità, intesa come scambio tra individualità percepite come separate e distinte una dall'altra.

All'inizio della vita il piccolo non possiede ancora la consapevolezza emotiva e cognitiva di sé e degli altri: concetti che nascono nelle

interazioni e nelle relazioni affettive sono dinamici ed evolvono nel corso del tempo.

Al termine dell'adolescenza, il ragazzo dovrebbe possedere una maggiore e più articolata consapevolezza della propria identità e delle sue caratteristiche, che Erikson individua nelle seguenti componenti:

- continuità e coerenza (l'adolescente percepisce, pur nella discontinuità delle sue esperienze e vicende, una continuità e una consistenza interna);
- reciprocità (per cui vi è consapevolezza di una sostanziale corrispondenza fra l'immagine che abbiamo di noi e quella percepita dagli altri con cui entriamo in relazione);
- libertà ed accettazione dei limiti (la comprensione dei propri limiti fisici e delle proprie capacità non intacca la consapevolezza e la libertà di scegliere);
- avvertire una destinazione (aver costruito delle rappresentazioni realistiche di sé e del proprio progetto/percorso di vita).

Nel caso in cui l'adolescente non riesca a superare le ambiguità e le scelte, andrà incontro ad un'identità confusa con conseguente confusione a livello dei ruoli sociali e un senso d'inadeguatezza rispetto ai compiti della vita. Il processo di costruzione dell'identità è continuo e non termina con l'uscita dallo stadio adolescenziale, anche nel caso di un esito felice e di benessere. Costruire l'identità all'interno del ciclo di vita è un percorso che si realizza affrontando, e in qualche modo risolvendo, specifici compiti di sviluppo che trovano, nel contesto e nella cultura di appartenenza del singolo adolescente, la loro concreta esplicitazione.

Si declineranno in modo diverso i compiti che dovrà affrontare un individuo proveniente da una famiglia iperprotettiva e socialmente isolata da quelli che vedranno impegnato il ragazzo abituato fin da sempre a essere autonomo e costruire legami sociali ed affettivi extra-familiari.

Il ciclo di vita prende avvio e si consuma nella costruzione dell'identità, consentendo all'individuo di sperimentare dimensioni apparentemente dissonanti, quali la continuità e il mutamento, e garantendo l'integrità e l'unitarietà della persona anche di fronte ai cambiamenti che le condizioni storico-culturali-

sociali pongono in essere e che l'individuo è chiamato ad affrontare.

In analogia con il modello di Erikson, anche Havighurst (1952) descriveva lo sviluppo in termini di eventi critici, di sfide che costellano il percorso di crescita e che sono caratterizzati da componenti sia biologiche, sia culturali e sociali, sia personali. Altra componente considerata dallo studioso è quella relativa alla loro "ricorrenza": caratteristica dei compiti di sviluppo è che devono essere affrontati in momenti specifici o fasi della vita; ce ne sono invece altri "ricorrenti", ossia non affrontati e risolti una sola volta nella vita, ma che si ripresentano in ogni fase e sono affrontati diversamente a partire dalle esperienze pregresse e dei nuovi bisogni che la persona, man mano che cresce, ha.

Quello che differenzia e rende interessante il percorso identitario è che tali compiti non vengono vissuti in modo uguale da tutti: l'intensità e la quantità con cui si presentano variano in base alla cultura di riferimento, alle caratteristiche del gruppo sociale di appartenenza, ai tratti temperamentali e alla storia autobiografica della persona.

"Come dare un senso" attraverso la narrazione

A partire dall'importanza che l'inserzione culturale viene a rivestire nell'influencare e indirizzare la costruzione dell'identità, è significativo proporre alcune riflessioni in merito al legame fra psicologia dello sviluppo e psicologia culturale.

La teoria socio-culturale di Vygotskij (1934), fondata sull'assunto che lo sviluppo dell'individuo possa essere compreso facendo riferimento al contesto socioculturale al quale appartiene, e la psicologia narrativa culturale dell'ultimo Bruner (1990), secondo cui la cultura è il fattore principale che contribuisce a dar forma alla mente, poiché rappresenta la realtà cui adattarsi e l'insieme di strumenti per farlo, insegnano a porre attenzione ai momenti storici e ai particolari contesti culturali in cui il soggetto affronta i diversi compiti di sviluppo.

Bruner nello specifico individua nella costruzione di significato il compito degli esseri umani, costruzione di significato che avviene

attraverso l'uso congiunto del pensiero logico-scientifico e del pensiero narrativo. Il pensiero narrativo si serve della narrazione (sotto forma di racconti, storie, aneddoti, biografie, autobiografie) che permette la condivisione di significati e la costruzione del Sé e dell'identità. Bruner ha parlato di Sé transizionale, estensione dell'idea eriksoniana d'identità, che si costruisce nelle interazioni significative tra individui in situazioni e contesti particolari.

Il legame che sussiste fra narrazione e Sé trova massima espressione nel resoconto autobiografico, prodotto del pensiero narrativo, strumento attraverso il quale si attribuisce un senso alla propria storia per presentarsi agli altri, e a se stessi, secondo i canoni del sistema culturale d'appartenenza. Il racconto della propria vita, sottoposto a continui cambiamenti, modifiche, revisioni, concorre alla costruzione del Sé secondo i generi narrativi che i diversi contesti culturali mettono a disposizione. Nella fase della fanciullezza e dell'adolescenza la necessità di una ricostruzione narrativa autobiografica di sé si fa particolarmente pressante dato che la ridefinizione della propria identità è particolarmente evidente in certi periodi critici della vita, quali appunto quello pre-adolescenziale.

Come ha dimostrato tra i primi Bruner (1986), quando nella vita quotidiana capita qualcosa di insolito e problematico, gli esseri umani costruiscono una storia in modo da dare coerenza e senso agli eventi eccezionali. Ciò succede fin dall'infanzia, i contenuti che il bambino inserisce nelle storie si sviluppano in parallelo alla comprensione del mondo sociale e culturale d'appartenenza e risultano dalla dialettica tra canonico e violazione della canonicità culturale.

McKeough (1997) sintetizza le trasformazioni del pensiero narrativo attraverso il quale si costruiscono storie interpretative della realtà: il primo livello, proprio del bambino, ha una struttura azione/evento per cui la trama è una sequenza di eventi e stati fisici, legati temporalmente, causalmente e in modo referenziale, e in cui l'affetto è limitato a un evento. Il secondo livello, proprio del fanciullo, ha una struttura intenzionale per cui nella trama eventi e stati del mondo fisico sono collegati a stati mentali e l'affetto si verifica in situazioni

diverse, ma un solo affetto si trasforma in un altro attraverso eventi esterni. Il terzo livello, proprio dell'adolescente, ha una struttura interpretativa per cui nella trama gli stati mentali sono collegati alle caratteristiche psicologiche del personaggio e l'affetto situazionale è a lungo termine e indipendentemente dalla situazione esterna.

Durante l'adolescenza avviene quel fisiologico processo di definizione e ridefinizione del proprio Sé che comporta l'uso di meccanismi d'interpretazione della propria storia di vita, e ciò allo scopo di assolvere all'importante compito di sviluppo che consiste nella costruzione dell'identità personale.

L'uso del pensiero narrativo è importante, in quanto consente di dare un senso all'esistenza attraverso il ricordo e il racconto di storie riguardanti l'esperienza personale.

L'uso di fiabe e favole nel lavoro con i bambini è tutt'oggi molto utilizzato: fin dalla prima infanzia i bambini ascoltano favole, narrazioni e fiabe che stimolano la produzione di racconti in cui essi si inseriscono come protagonisti o partecipano mediante personaggi simbolici. La fiaba aiuta a costruirsi immagini mentali, a distinguere "Io" dagli "altri", ad acquisire i concetti di spazio e tempo.

Attraverso una rielaborazione e comprensione della fiaba, il bambino può giungere alla percezione della propria identità, delle proprie aspirazioni, delle proprie paure, alla consapevolezza delle proprie possibilità. La fiaba crea un filo nella storia della vita di una persona.

Bruner ritiene che il pensiero narrativo rappresenti una particolare modalità cognitiva di organizzare l'esperienza, un modo per rappresentare gli eventi e trasformarli in oggetto di analisi e riflessione. Il pensiero narrativo riguarda la realtà psichica e si basa su una logica intrinseca alle azioni umane (desideri, emozioni, affetti e credenze) e alle interazioni tra individui (regole e motivazioni sociali).

Secondo Bruner da un lato il Sé si costruisce grazie alla capacità che si sviluppa, a partire dall'infanzia, di riconoscere e condividere le menti, gli stati intenzionali, le credenze, le opinioni degli altri; dall'altro avviene situando gli eventi che ci riguardano, che si narrano, in una struttura di aspettative, ovvero in riferimento all'insieme di regole e valori della propria cultura.

La narrazione della storia

La narrazione

Fin da bambini, attorno ai tre/quattro anni, per potersi spiegare ciò che avviene e per poter avere l'illusione di controllare, gli individui cominciano ad organizzare gli eventi in storie. Questa è una capacità umana universale che permette di stare in contatto con il mondo, di costruire l'identità, di controllare il passato, riorganizzarlo alla luce del presente e di ipotizzare più futuri in un gioco di interpretazione della propria vita.

La narrazione organizza la struttura dell'esperienza umana: ci sono descrizioni, storie ed interpretazioni, in costante evoluzione e cambiamento, con un inizio, un proseguimento ed una fine; con attori, desideri, emozioni e motivazioni e con un contesto fisico, storico e temporale nel quale hanno luogo e che le rende più o meno rigide e definite.

Questo processo permette di organizzare e ricordare gli eventi in modo coerente, integrando pensieri ed emozioni, permettendo agli individui di acquisire un senso di prevedibilità e controllo sulla propria vita, a fronte di un senso di impotenza e perdita di controllo innescato dalle esperienze traumatiche. Nel momento in cui l'esperienza ha una struttura ed un significato, l'impatto emotivo della stessa sarà più gestibile e comprensibile (Vadilonga et al., 2012).

Per White (1992) le persone conferiscono senso alla loro vita attraverso il racconto delle loro esperienze ed è attraverso la narrazione e il rapporto con gli altri, considerati indispensabili, che viene data forma all'esperienza. Per poter operare un cambiamento è necessario modificare le proprie narrazioni relative a sé, al mondo e all'interazione tra se stessi e il mondo. L'atto stesso di raccontare, quindi, fornisce l'opportunità di creare una versione differente della vita e di se stessi, ricontestualizzando allo stesso tempo i significati connessi alle esperienze.

Questo tipo di storie, che Gergen e Gergen (1988) chiamano *self-narratives*, ovvero narrazioni di sé, aiutano a spiegare gli episodi critici della vita di ognuno. Per gli autori, una buona

narrazione ha alla base quei principi che sono ritenuti importanti per la stesura di una storia in generale: innanzitutto è fondamentale che ci sia la presenza di un motivo principale o scopo della storia, l'inserimento di eventi importanti pertinenti con questo scopo e la disposizione degli eventi in un ordine sensato. Nel caso di narrazioni di eventi traumatici è importante focalizzare sia la causa dell'evento che le sue molteplici implicazioni; ci possono essere episodi principali, effetti e conseguenze sul piano personale e relazionale che vanno organizzati gerarchicamente e logicamente.

La costruzione e il racconto di storie intervengono sulla rappresentazione di sé e della realtà, agendo un cambiamento sui modelli operativi interni, intrecciando nuovi ed efficaci legami di significato.

Il percorso elaborativo, però, non comporta solo uno scambio di informazioni, ma anche l'espressione e la condivisione delle emozioni. È importante quindi che si sviluppi una narrazione emotiva, che abbia come principale riferimento gli stati emotivi interni, in modo che l'individuo possa dare significati ed espressione ai sentimenti di dolore e rabbia che inevitabilmente accompagnano le esperienze traumatiche.

La narrazione come possibilità di comunicare

Per poter attivare processi di elaborazione relativi agli eventi traumatici accaduti all'interno della famiglia, la condizione basilare è che "se ne possa parlare". Idealmente, la comunicazione delle esperienze sfavorevoli dovrebbe avvenire in maniera naturale tra i membri della famiglia, attraverso un processo comunicativo che coinvolga genitori e figli; se questo non fosse presente, sarebbe necessario, in prima battuta, proporre un intervento clinico per favorire una maggior apertura comunicativa (Brodzinsky, 2006).

L'apertura comunicativa permette di attivare una strategia di risoluzione, evita la creazione di distanze tra i membri del sistema e consente ai bambini di trovare un sostegno nei propri genitori per affrontare le difficoltà e i quesiti del quotidiano.

Anche per la costruzione della storia è necessario un lavoro preliminare a livello della comunicazione con l'operatore: parlare con il

terapeuta degli eventi traumatici in cui il figlio o un altro membro della famiglia è stato coinvolto costituisce un esercizio per il genitore, che inizierà a sviluppare un pensiero su di sé e la propria storia, nonostante l'obiettivo sia quello di costruire una narrazione per il proprio figlio (Vadilonga et al., 2012). Come illustrato nel paragrafo precedente, è quindi la narrazione a rendere le storie trasformative: costruire un racconto induce a riscrivere la propria vita e le proprie relazioni che trovano possibilità di ristrutturazione nel processo interattivo della narrazione.

Esistono diversi studi, in svariate aree d'intervento, dove viene sottolineata l'importanza della comunicazione all'interno della famiglia, quando esiste una problematica che riguarda tutti i suoi membri. Uno di questi, ad esempio, è quello di Solantaus e colleghi (2010), in cui viene documentata, attraverso uno studio longitudinale, l'efficacia dell'apertura comunicativa, all'interno di famiglie in cui un genitore soffriva di un disturbo dell'umore e dove la relazione tra genitori e figli era caratterizzata da insicurezza, ritiro e preoccupazione. L'obiettivo era quello di impedire la nascita di sintomi psicosociali nella prole, prevenendo in quest'ultima disturbi depressivi e di ansia. La trasmissione di informazioni relativa alla depressione, all'interno della famiglia, ha migliorato sia la comunicazione tra i membri del sistema, sia la comprensione dei bambini rispetto alla malattia, portando ad una diminuzione dei sintomi emotivi nei bambini, con un aumento della loro prosocialità.

Attili (2007) sostiene che non sia possibile cambiare la nostra storia, ma ciò che possiamo cambiare è la modalità con cui la raccontiamo a noi stessi e agli altri. Quindi utilizzare la storia e il racconto della stessa comporta una strutturazione di narrazioni ed implica il fatto che accada qualcosa a livello del pensiero. In base agli stili di attaccamento, Attili ha identificato tre modi attraverso cui le persone si raccontano:

- i sicuri/autonomi utilizzano una modalità narrativa da cui si deduce che l'altro è presente nella mente di chi parla, che le relazioni affettive sono riconosciute importanti e influenti per lo sviluppo della personalità; sanno associare episodi specifici a quanto è raccontato a livello

più generale, mostrando coerenza tra memoria episodica e semantica.

- i distanzianti/distaccati sono poco coinvolti emotivamente con l'interlocutore e con i contenuti del loro racconto; le loro narrazioni appaiono incoerenti e poco chiare a causa della discrepanza tra il livello episodico e quello semantico. Sono concentrati soprattutto sugli aspetti descrittivi a discapito di quelli connessi ai sentimenti e ai legami affettivi; rivelano mancanza di memoria e i racconti sono poco dettagliati e tendono a normalizzare le esperienze spiacevoli.

- i preoccupati/invischiati invece utilizzano modalità narrative coercitive volte a mantenere l'attenzione dell'altro attraverso un discorso frammentato, prolisso e ridondante, che risulta però poco comprensibile all'interlocutore. Le esperienze passate non sono state rielaborate e predominano, nel racconto, rabbia e risentimento; sono attenti agli aspetti emotivi a discapito del pensiero e della capacità riflessiva e metacognitiva.

Nel lavoro di costruzione della storia è fondamentale tenere in considerazione gli stili narrativi degli individui, in modo da favorire la produzione di un racconto sufficientemente chiaro e coerente.

Solitamente i bambini vengono considerati poco competenti sul piano comunicativo e sociale, soprattutto per quanto riguarda la comprensione di concetti astratti che riguardano le relazioni e i problemi tra gli adulti. Questo porta spesso alla diffusione del silenzio familiare e sociale, soprattutto a livello emotivo, che a sua volta genera una persona non in grado di leggere le proprie ed altrui emozioni. In generale, una comunicazione omessa o distorta può falsificare la percezione della realtà e inibire l'uso del pensiero e, quindi, la possibilità di trovare adeguate strategie di coping per affrontare le situazioni difficili. L'idea che evitare di dare spiegazioni realistiche ai bambini possa proteggerli, risparmiando loro sofferenze, è un pregiudizio sociale molto diffuso. Queste, infatti, sono strategie di evitamento cognitivo ed emotivo funzionali in primis alle difese degli adulti. Il rischio in questi casi è che tali meccanismi di distorsione siano pervasivi ed invalidino la capacità di pensare dei bambini (Vadilonga, 2012).

Per poter dare però la possibilità ai bambini di elaborare i traumi e le esperienze sfavorevoli è fondamentale poter parlare di ciò che li ha turbati trovando sostegno nei propri caregivers, i quali devono però superare l'atteggiamento di silenzio e di evitamento come difesa. È necessario aiutare e sostenere i genitori ad attivare un'apertura comunicativa all'interno della famiglia, ricercando innanzitutto un'alleanza con essi rispetto alla necessità di parlare ai bambini aiutandoli ad attribuire significati corretti ad esperienze e ricordi. Come sostengono Leinonen e colleghi (2003) è fondamentale accompagnare il genitore in questa comunicazione, rispettando i suoi tempi di elaborazione, soprattutto per i benefici che il bambino può cogliere: esso, infatti, desidera sentirsi rispecchiato nella mente dei genitori e da loro legittimato nelle proprie percezioni e nei propri sentimenti. Ascoltare la storia narrata dal proprio caregiver aiuta il figlio a dare un senso agli eventi traumatici vissuti; al tempo stesso lo rassicura, poiché in questo modo il genitore gli comunica implicitamente che si tratta di argomenti di cui è possibile parlare, oltre a consentire una condivisione emotiva profonda (Vadilonga, 2012).

Un approccio narrativo in un modello sistemico relazionale integrato alla teoria dell'attaccamento

Il gruppo di lavoro del CTA di Milano (Vadilonga, 2012) ha proposto un modello integrato tra la terapia sistemica e quella dell'attaccamento. La necessità di integrazione con la propria visione sistemica, spiegano gli autori, nasce dall'esigenza di trovare dei costrutti che possano spiegare il funzionamento dell'individuo, sia da un punto di vista clinico che pratico, e dall'aver abbandonato la rigidità dei percorsi familiari condotti con la famiglia al completo a favore di formati più duttili, dove con grande frequenza gli individui diventano protagonisti.

La teoria dell'attaccamento si è dimostrata vicina all'idea di Bateson che vede l'individuo come un "essere in relazione": l'identità è frutto degli incontri significativi fatti nel corso della vita. Una delle intuizioni di Bowlby è quella di aver dedotto come l'identità individuale sia modellata

dalle esperienze precoci all'interno della relazione con un caregiver significativo.

Fonagy e collaboratori hanno dimostrato come la nascita del sé consista in un processo circolare di rispecchiamento che coinvolge la mente del bambino e dell'adulto.

Anche le idee cliniche di alcuni autori della terapia familiare hanno trovato conferma sperimentale in studi operati nel campo dell'attaccamento. Ad esempio, Minuchin ha sviluppato il concetto di *parental child* che indica l'assunzione da parte del bambino di una posizione impropria e paritaria nel sottosistema genitoriale a fianco di uno dei genitori in sostituzione dell'altro genitore, assente, periferico o svalutato. Il riscontro sperimentale di questa intuizione viene dagli studi di Attili sul concetto di *role reversing* che mettono in evidenza come l'essere cresciuti in un contesto relazionale in cui uno dei genitori appariva al bambino come bisognoso di cura, di protezione, forzano il minore ad escludere la premessa "io sono un bambino ed ho bisogno di aiuto, cura e protezione", facilitando la costruzione della premessa opposta "io sono grande e devo prendermi cura del mio genitore". Questo mostra come il modo in cui il bambino impara a ricercare la vicinanza con i suoi caregiver sia connesso al tipo di contesto relazionale che influenza lo sviluppo di stili di funzionamento e la messa a punto di strategie adattive.

Anche il concetto di trasmissione intergenerazionale della sofferenza, proposto da Boszormenyi-Nagy e Sparks, viene sostenuto dalle ricerche in ambito dell'attaccamento che studiano la trasmissione intergenerazionale degli attaccamenti insicuri. Rispetto a ciò, la conoscenza odierna indica che il meccanismo di trasmissione non sia dovuto ad una forza sistemica ed all'interiorizzazione delle aspettative, ma allo sviluppo di rappresentazioni con i quali nel corso della vita l'individuo tende a vedere se stesso e gli altri, in un'ottica prettamente relazionale.

La teoria dell'attaccamento, quindi, potenzia i trattamenti sistemici contribuendo in modo efficace e concreto alla definizione di specifici obiettivi clinici e fornendo strumenti precisi e facilmente integrabili nei percorsi terapeutici. Perché un intervento sia efficace bisogna tener conto dei riferimenti dell'altro ed è compito del terapeuta gettare un ponte che consenta al suo

intervento di poter essere metabolizzato. Ad esempio, è importante sapere che alcune persone che usano prevalentemente strategie cognitive, possono rispondere positivamente a prescrizioni dirette, mentre lo stesso non può dirsi di coloro che usano strategie emotive. La comprensione dei modi di funzionare quindi e l'individuazione dei pattern di attaccamento diadici richiedono l'utilizzo di strumenti che fanno riferimento alla teoria dell'attaccamento.

Rudi Dallos (2006) ha sviluppato un modello di intervento che integra la teoria dell'attaccamento, la teoria dei sistemi e la pratica narrativa socio-costruzionista, nel quale il terapeuta si pone come base sicura per l'esplorazione delle narrazioni e degli attaccamenti all'interno di una cornice sistemica. Nello specifico, il contributo derivante dalla teoria dell'attaccamento consente di valorizzare i contenuti emotivi delle storie personali, in particolare quelli relativi ad esperienze non elaborate come i traumi, le modalità che gli individui utilizzano per gestire i loro sentimenti e attaccamenti e le strategie che i membri della famiglia utilizzano per confortare se stessi o dare conforto agli altri in situazioni di ansia, disagio e difficoltà. Gran parte del lavoro di ricerca di questa teoria si è però focalizzato esclusivamente sulle relazioni diadiche; la terapia sistemica aiuta ad ampliare l'attenzione, considerando i processi di triangolazione familiare.

La focalizzazione sul processo narrativo consente di evidenziare le strategie auto-protettive che le persone utilizzano quando hanno paura o si trovano in uno stato di sconforto e quali ricordi connessi all'ansia vengono evocati nelle loro narrazioni. Un aspetto importante nel lavoro con i bambini, evidenziato dall'autore, è il modo in cui questi imparano a raccontare le loro esperienze e ciò che li aiuta a sviluppare delle abilità per costruire comunicazioni aperte, integrate e coerenti delle loro esperienze emotive.

Sono quattro le fasi che Dallos descrive come fondamentali per questo modello:

- la creazione di una base sicura con il terapeuta;
- l'esplorazione: attraverso una serie di strumenti, come ad esempio il genogramma, vengono raccolte una serie di informazioni, tra cui le spiegazioni alle problematiche e i modelli relazionali;

- la considerazione delle alternative dove vengono considerati i tentativi fatti per portare al cambiamento e le positività raggiunte. In questa fase è molto importante la riparazione delle relazioni;

- il mantenimento di una base terapeutica: viene data la possibilità alla famiglia di poter contare anche in futuro dello spazio e del sostegno del terapeuta.

Questo modello è stato applicato in differenti setting clinici, dai disordini alimentari alle dipendenze, dalle situazioni di lutti e perdite, ai traumi e le dissociazioni.

Evidenze scientifiche sull'applicazione della Family Attachment Narrative Therapy

In letteratura gli studi che si sono proposti di verificare l'efficacia di questo specifico approccio sono molto pochi.

Joanne May (2005), ad esempio, ha proposto la terapia per la cura di bambini che hanno subito un precoce maltrattamento infantile e che spesso mostrano disturbi comportamentali, cognitivi ed affettivi dovuti ad una storia di negligenza, abuso e abbandono (Greenberg, 1999). L'autrice descrive il caso clinico di una bambina di 11 anni con disturbi legati all'alimentazione e al controllo degli sfinteri (enuresi ed encopresi) e con una storia di trauma subita nella prima infanzia. Dopo solo una settimana dall'inizio del trattamento, i sintomi diminuirono e nelle successive sedute si evinse una maggior capacità della bambina di fidarsi dei genitori e capacità di lettura dello stato mentale dell'altro. Questa ricerca ha però il limite di avere un campione di studio fortemente ridotto, quindi, non è possibile verificare se su altri bambini, con le medesime caratteristiche, l'approccio possa avere gli stessi effetti.

Una tecnica per la costruzione di una narrazione al fine di rielaborare le proprie esperienze.

“Il racconto di una storia”

Il racconto della storia è una tecnica innovativa adottata in maniera sperimentale all'interno dell'attività clinica del Centro di Terapia dell'Adolescenza di Milano (CTA), che prevede

l'elaborazione di eventi traumatici da parte dei bambini e dei loro caregiver attraverso la narrazione (Vadilonga, 2012).

L'attività di supporto, attuato attraverso la costruzione della storia, si pone come intervento significativo di aiuto nell'ottica di un recupero o una ridefinizione della relazione genitore-figlio. Lo scopo del lavoro è quello di sostenere i genitori a rielaborare le esperienze traumatiche nelle quali il figlio è stato coinvolto, avviando così un'azione riparativa. L'operatore deve fare in modo che i caregivers possano costituirsi come base sicura nella relazione con i figli, lavorando con loro al fine di rinforzare sia le competenze educative e gestionali, sia sviluppare una maggiore e consapevole capacità di sintonizzazione e comprensione dei bisogni emotivi e relazionali.

Questo tipo di lavoro, con i genitori, offre la possibilità di avere un obiettivo a breve termine, che ha come destinatario il figlio, e permette loro un lavoro di rilettura ed elaborazione di esperienze, che possono essere restii a condividere. Inoltre, produrre un racconto di senso compiuto da condividere con il figlio, obbliga da una parte il genitore a mettere ordine nel proprio passato e a strutturare dei collegamenti tra gli eventi, e dall'altra offre un canale privilegiato attraverso il quale entrare in contatto con contenuti sia emotivi che cognitivi, portando così l'adulto a diventare una risorsa per il figlio.

Allo stesso tempo il bambino può usufruire di un racconto su misura che, senza bonificare il passato, gli permetta di avere una spiegazione degli eventi da lui vissuti. Inoltre, viene indirettamente comunicato a lui che si può parlare degli eventi dolorosi.

Perché si possa utilizzare questa metodologia, è necessaria una conoscenza preliminare della situazione in carico e di un approfondimento sugli avvenimenti che hanno caratterizzato la storia personale e relazionale del minore e del suo contesto di vita.

Da un punto di vista metodologico, l'équipe del CTA prevede incontri quindicinali con i caregivers in modo da permettere agli adulti di procedere nella stesura della storia e di assimilare ed elaborare eventi e ricordi spesso dolorosi e traumatici riferiti a se stessi. Al minore viene proposto un percorso di accompagnamento in parallelo a quello dei genitori, volto a sollecitare

il bambino a riflettere su aspetti legati alla propria storia relazionale e a sostenere l'espressione di eventuali domande, dubbi, incertezze. Al termine di questa fase viene prospettata una narrazione condivisa della storia alla presenza del terapeuta. Il racconto della storia rappresenta l'inizio di un lavoro di attivazione cognitiva ed affettiva che caratterizzerà soprattutto il bambino e a cui il genitore dovrà dare una risposta. L'operatore dovrà quindi svolgere un lavoro di sostegno del genitore, spesso in ansia per non riuscire a dare le risposte adeguate al figlio e, inoltre, accogliere e valorizzare i pensieri e le emozioni del bambino.

I principi del racconto

Secondo Vadilonga un racconto, per poter essere narrato ad un bambino, deve basarsi sulla verità, senza omissioni di dettagli, in quanto saranno utili per collegare ciò che sente il minore e i suoi comportamenti attuali con le esperienze reali che ha vissuto e alle strategie adattive che ha sviluppato. Questo presupposto ritiene dunque che bisogna essere veritieri e dar prova di quello che si dice.

La storia deve avere origine dall'esperienza del bambino: il caregiver deve a sua volta essere supportato ed aiutato, mantenendo un'accoglienza di tipo empatico rispetto la sua rabbia e sofferenza, a mettersi nei panni del bambino rispetto a sentimenti, emozioni e pensieri.

Per Vadilonga e colleghi (2012), le fonti importanti a cui attingere per costruire il racconto sono tre: le informazioni, esterne al bambino, che rappresentano i dati "oggettivi", le rappresentazioni mentali ed i ricordi, che sono invece interne e raffigurano la sua "soggettività". Per costruire un significato valido, è fondamentale tenere in considerazione i dati noti sulla storia del bambino; queste informazioni possono rappresentare degli appoggi per collegare la sofferenza, consentendo così al bambino di dare un significato che ne giustifichi e spieghi la presenza dentro di sé. Se il caregiver non è stato un testimone diretto degli accadimenti, va aiutato nella composizione di quanto è successo. Qui l'obiettivo è permettere un collegamento tra quello che sente il bambino e i suoi comportamenti attuali, alle esperienze

reali che ha vissuto e alle strategie adattive che ha sviluppato. Le emozioni di rabbia e di dolore possono apparire immotivate se non vengono imputate alle esperienze del passato.

Una seconda fonte fondamentale sono i ricordi del bambino, anch'essi da integrare nel racconto; può succedere che durante la narrazione al bambino si riattivino ricordi persi o rimossi, ai quali andrà poi data la giusta valorizzazione, permettendo al minore di avere un ruolo attivo. Infine, sono da tenere in considerazione anche le rappresentazioni mentali del bambino. Si tratta quindi di integrare nel racconto le percezioni e le aspettative relative alle figure di attaccamento che il bambino mostra nei comportamenti quotidiani.

È possibile che i ricordi degli eventi traumatici possano non essere presenti nella memoria del bambino, in quanto accaduti quando egli era troppo piccolo. Terr (1994) sostiene che raramente i bambini hanno ricordi di eventi, inclusi quelli traumatici, al di sotto dei 28-36 mesi. È importante quindi che il racconto sia costruito integrando informazioni e ricordi con le rappresentazioni che il bambino ha di se stesso e delle sue figure di accudimento.

Presentare la storia al bambino

Solantaus (2003) ha stilato una serie di principi che possono fungere da guida per gli operatori che hanno il compito di aiutare genitori e figli a parlare tra di loro:

- il primo criterio consiste nel creare un contatto con il bambino: l'operatore deve essere una persona di cui la famiglia si fida, in particolare deve però essere una figura che il bambino identifica come alleata della relazione tra lui e il genitore.
- il secondo riguarda l'incremento della comprensione: l'informazione è utile ma non sufficiente. Deve essere accompagnata da un rispecchiamento emotivo e collocata in una cornice che dia significato.
- il terzo principio concerne il rispetto del ruolo centrale del caregiver: parlare è un processo tra genitori e figli; laddove ci sono le risorse, l'operatore deve sostenere il dialogo con il bambino, non dare spiegazioni.

- il quarto prende in considerazione la necessità di fornire spiegazioni nel racconto, attinenti all'esperienza concreta del bambino.
- il quinto riguarda il tema della speranza: è importante che la storia raccontata proietti il genitore e il bambino verso un futuro accettabile, magari attraverso l'esperienza di piccoli cambiamenti nella quotidianità che introducano benessere.

Se il genitore non fosse disponibile e non in grado di costituirsi come risorsa per il bambino, sarà necessario coinvolgere nella costruzione e nell'elaborazione con il bambino, un altro caregiver.

La costruzione della storia

La costruzione della storia è un processo interattivo, relazionale e clinico, nella quale il caregiver ha un ruolo attivo e fondamentale. Questa tipologia di lavoro permette all'operatore di lavorare in una prospettiva sistemica, in quanto coinvolge tutti i membri della famiglia: il bambino porterà la soggettività dei suoi ricordi e le rappresentazioni che avrà strutturato a partire dalla sua esperienza, mentre i genitori forniranno le informazioni oggettive, le esperienze vissute e i sentimenti connessi (Vadilonga et al., 2012).

La proposta di redazione segue una struttura testuale tipica, con un'organizzazione temporale nella ricostruzione degli eventi (Levorato e Nesi, 2001): questa consegna aiuta il genitore ad integrare le versioni della storia con dettagli della memoria episodica, e dall'altra conduce l'operatore, se ne è in possesso, a mettere insieme sensazioni e ricordi riferiti dal bambino. In questo modo al caregiver verrà da una parte promosso un pensiero attento ai bisogni del proprio figlio, stimolando un aumento dello spazio di comunicazione e confronto; dall'altra, gli verranno restituiti competenza e ruolo, ribadendo la centralità della sua funzione genitoriale e la sua importanza al fine di ottenere il benessere del figlio.

I contenuti del racconto vengono concordati con il genitore, l'operatore valorizza e legittima l'importanza del suo punto di vista. È necessaria l'alleanza con il genitore per poter condividere la finalità comunicativa del lavoro.

Il bambino, ascoltando i genitori nella lettura del racconto, lo potrà identificare come una risorsa informata, alla quale porre domande, formulare ricordi, anche in un secondo momento.

Il racconto del trauma

Nel caso in cui la storia venga utilizzata con obiettivi riparativi rispetto ad episodi traumatici, di fondamentale importanza per il lavoro, come suggeriscono Vadilonga e colleghi (2012), è che ci sia l'assunzione di responsabilità da parte del genitore quando si è in presenza di una sua inadeguatezza. Sostenerlo nel collegare i propri comportamenti al malessere o alle difficoltà del figlio, è uno dei punti più difficili a lui richiesto. È necessario che la narrazione si sviluppi in modo tale da consentire al genitore di riconoscersi nel significato attribuito alla propria inadeguatezza.

Crittenden (2008) sostiene che la genitorialità sia influenzata dal modo in cui la persona ha imparato a proteggersi dal pericolo, considerando quindi anche le condotte maltrattanti di un genitore come strategie distorte di protezione nei confronti dei figli. Leggere i comportamenti genitoriali inadeguati come strategie di attaccamento auto protettive consente di collegare le rappresentazioni del figlio con quelle del genitore, attribuendo significati plausibili ed accettabili rispetto alla sua inadeguatezza.

I genitori, per organizzare il loro comportamento di accudimento, integrano la rappresentazione di sé con quella che hanno del bambino: coloro i quali portano esiti di traumi e perdite non risolte in condizioni di stress, avranno i bambini meno presenti all'interno delle loro rappresentazioni. Il maltrattamento non è motivato da un'intenzione malevola del genitore, ma dalla necessità di proteggere il figlio o dal bisogno di proteggere se stesso. In questo modo, l'inadeguatezza non viene utilizzata come fonte di giudizio, ma riletta come elemento di fragilità. L'acquisizione di informazioni rispetto alla storia personale del caregiver permette all'operatore di riformulare l'origine dei comportamenti inadeguati, senza deresponsabilizzare chi li ha messi in atto, e con il riconoscimento di una propria responsabilità, offrendo allo stesso tempo una possibilità di

riscatto e riparazione. Il genitore viene così accompagnato a ripercorrere le proprie vicende e a rileggerle alla luce di nuovi significati: questo deve essere attivo, deve essere incoraggiato ad esplorare i suoi sentimenti ed azioni e a capire come possano queste aver avuto una ricaduta sul bambino (Vadilonga et al., 2012).

Punti di forza della metodologia

Da quanto emerso dai paragrafi precedenti, è evidente come il racconto fornisca al bambino una chiave di lettura della sua storia che mette insieme passato e presente e gli eventuali differenti caregivers che si sono occupati di lui. Il principale vantaggio è il coinvolgimento sia del bambino che dei genitori: il caregiver è coinvolto attivamente, acquisisce competenza e viene considerato attore del cambiamento. Anche il bambino viene trattato come interlocutore competente: è partecipe durante la narrazione. Questo costituisce un'occasione riparativa in quanto offre al bambino la possibilità di affrontare argomenti e contenuti difficili, gli permette di fare domande e porsele, creare nessi causali, diminuendo il senso di colpa che frequentemente si ritrova nelle storie costellate da traumi o eventi dolorosi.

Il lavoro familiare verterà sull'incremento della sicurezza dell'attaccamento dei bambini, attraverso la crescita della mentalizzazione e della funzione riflessiva dei genitori, e di conseguenza della loro sensibilità e responsività. Il bambino potrà quindi integrare i suoi ricordi, le emozioni provate, avviando un ridimensionamento delle strategie discorsive attuate per proteggere se stesso da contenuti emotivi dolorosi e difficile da gestire (Vadilonga et al., 2012).

Conclusioni

Alla luce di ciò che emerso dai paragrafi precedenti, dunque, la narrazione occupa uno spazio molto importante in terapia e non solo; tale modalità infatti è presente costantemente nella nostra vita quotidiana, essa si esprime ad esempio attraverso il ricordo, il pensiero, l'eloquio interiore, piuttosto che attraverso il racconto ad altri che possono essere la figura del

terapeuta, ma anche un amico, un familiare, un conoscente, un estraneo, un diario.

Narrare rappresenta l'unico modo che l'essere umano possiede per far conoscere un accaduto o la propria storia. Non è possibile, infatti, presentarsi al mondo se non narrandosi.

I recenti approcci biografici e narrativi mostrano come proprio la narrazione sia un elemento centrale nella vita dell'uomo. La narrazione individuale di storie genera l'organizzazione mentale di una biografia personale che, adeguatamente intrecciata con le storie di altre vite, contribuisce a donare un senso alle proprie esperienze ed alla propria esistenza. Per questi l'uomo costruisce e ricostruisce i propri mondi narrandoli. Si può dire che essi abbiano scoperto l'importanza fondamentale che il narrare riveste nella continua ridefinizione di un'identità. Molti psicoterapeuti individuano nell'attività del narrarsi il fulcro del processo terapeutico, la terapia viene così vista come un racconto, come un romanzo, come un'opera d'arte.

Ci troviamo d'accordo con Hillman, il quale sostiene che "l'intera attività terapeutica è in fondo questa sorta di esercizio immaginativo che recupera la tradizione orale del narrare storie: la terapia ridà storia alla vita" (1983).

Ciò su cui ci preme riflettere rispetto a tale modalità dell'essere umano di raccontarsi, è di porre attenzione sugli elementi che contribuiscono allo sviluppo e al cambiamento di tali narrazioni, al fine di poterne trarre un beneficio per la persona.

La tecnica narrativa presentata dal Centro Clinico di Terapia dell'Adolescenza di Milano ha presentato una tecnica rivolta alle famiglie che si trovano ad affrontare eventi traumatici. Questo tipo di attività con i genitori permette una nuova lettura delle esperienze traumatiche che ha come destinatario il figlio.

Presentare questa tecnica ci è sembrato interessante data la nostra esperienza clinica con i minori, in quanto essa consente di lavorare con la famiglia, elaborando una storia con e per la famiglia, permettendo di mettere ordine negli eventi passati da parte dei genitori e di essere per essi parte attiva e fondamentale nel supporto al figlio. Il racconto diventa dunque un canale privilegiato per entrare in contatto con i propri contenuti emotivi e cognitivi e aiuta i genitori a diventare risorsa importante per il figlio.

Da un punto di vista dell'analisi dell'efficacia, le terapie narrative sono state poco analizzate. Una revisione di letteratura piuttosto remota (Etchison e Kleist, 2000) ha esaminato gli studi riguardanti questo tipo di approccio, sottolineando la scarsa ricerca sulla sua utilità, nonostante un'attenzione piuttosto elevata da parte dei clinici. I campi in cui si è cercato di dimostrare l'efficacia della terapia sono diversi, uno di questi è la riduzione dei conflitti tra genitori e figli.

Riferimenti bibliografici

- Arieti, S. (1979). *Creatività, la sintesi magica*. Roma: Il Pensiero scientifico Editore.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*. Milano: Cortina.
- Boszormenyi-Nagy, I., e Spark (1973). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Milano: Cortina.
- Bruner, J.S. (1986). *La mente a più dimensioni*, tr. It. Roma-Bari: Laterza.
- Bruner, J.S. (1990). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, tr. It. Torino: Bollati Boringhieri, 2003.
- Bruner, J.S. (1991). La costruzione narrativa della realtà. In *Rappresentazioni e narrazioni*, tr. It. Bari: Laterza, 1991.
- Callieri, B. (1999-2000). Dall'Anamnesi al Racconto: analisi esistenziale e o analisi narrativa? *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*.
- Crittenden, P.M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Tr. It. Landini A. Milano: Cortina.
- Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy: Integrating narrative, systemic and attachment therapies*. Open University Press/McGraw-Hill.
- Dallos, R. e Vetere, A. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives: Applications in a range of clinical settings*. London: Routledge.
- Damasio, A.R. (1999). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi.
- Demetrio, D. (1995). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Erikson, E.H. (1982). *I cicli della vita*. tr. It. Roma: Armando.
- Etchinson, M., e Kleist, D.M. (2000). Review of narrative therapy: research and utility. *Literature review research*. Idaho state università.
- Fonagy, P., e Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Gergen, K.J., e Gergen, M.M. (1988). Narrative and the self as relationship. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 17-56.
- Golomb, C. (2004). *L'arte dei bambini. Contesti culturali e teorie psicologiche*, Milano: Cortina.
- Havighurst, R.J. (1952). *Developmental Task and education*, NewYork: Davis Mckay.
- Hillman, J. (1983). *Le storie che curano*, trad. It. Milano: Cortina.
- Jedlowski, P. (2000). *Storie comuni*, Milano: Mondadori.
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*, tr. It. Torino: Boringhieri, 1980.
- Levorato, M.C., e Nesi, B. (2001). Imparare a comprendere e produrre testi. in L. Camaioni (a cura di), *Psicologia dello sviluppo del linguaggio*. Bologna: Il Mulino, pp. 179-213.
- Maturana, H. (1993). *Autocoscienza e Realtà*. Trad. it. Milano: Cortina.
- McKeough, A. (1997). Lo sviluppo della coscienza narrativa nell'infanzia e nell'adolescenza, in A. Smorti, *Il Sé come testo*. Firenze: Giunti.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapie della famiglia*, Tr. It. Astrolabio, Roma.
- Munari, B. (1998). *Fantasia*. Bari: Laterza.
- Poggio, B. (2004). *Mi racconti una storia?* Roma: Carocci.
- Polkinghorne, D.E. (1998). *Narrative, Knowing and the Human Sciences*, State University of New York Press, Albany.
- Polster, E. (1987). *Ogni vita merita un romanzo. Quando raccontarsi è terapia*, tr. It. Roma: Astrolabio, 1988.
- Smorti, A. (1997). *Il sé come testo: costruzione delle storie e sviluppo della persona*, Firenze: Giunti.
- Solantaus, T.S. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *J Child Psycho Psychiatry*. Feb; 44(2): 227-41.
- Vadilonga, F. (2012). *Feriti dentro. Strumenti a sostegno dei bambini con difficoltà di attaccamento a scuola*, Milano: Franco Angeli.
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*, tr. It. Milano: Raffaello Cortina.
- Vygotskij, L.S. (1934). *Pensiero e linguaggio*, Bari: Laterza 1990.
- White, M., e Epston, D. (1992). *La terapia come narrazione*, Roma: Astrolabio.
- Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà*, tr. It. Roma: Armando.

FRAMMENTI D'INCONSCIO IN GIACOMO LEOPARDI E ITALO SVEVO

di Laura Cimone

Dottoranda in Psicologia, tirocinante della Scuola di Psicoterapia Comparata

Il tema della creatività ha sempre affascinato le scienze umane e in particolar modo la psicoanalisi.

L'approccio freudiano è stato il primo a tentare una spiegazione psicologica delle radici della creatività, che viene considerata come un tentativo di risolvere un conflitto generato da pulsioni istintive biologiche non scaricate. Consiste quindi in una deviazione che subirebbero le energie libidiche rispetto alla meta originaria.

Invece la proposta interpretativa di Jung è orientata ad una diversificazione dall'approccio freudiano in una direzione psico-antropologica. Per Jung innanzitutto la libido è energia psichica, e la psiche è un insieme di complessi, ovvero un sistema di rappresentazioni cariche di energia. Jung affermò l'esistenza di un Inconscio collettivo, cioè una struttura psicologica di base costituita dagli archetipi, modelli innati condivisi dall'intero genere umano (Animus, Anima, Persona, Ombra e Sé). Per Jung è l'istinto creativo a rendere l'uomo differente dalle altre specie viventi muovendolo verso la spiritualità e la produzione di simboli. Da ciò si deduce un profondo legame tra manifestazione della creatività e psiche in evoluzione.

La proposta di Melanie Klein per quanto riguarda la creatività non costituisce una tematica a se stante ma rientra in un complesso sistema di riferimento che si distacca dal modello freudiano.

Secondo la Klein già alla nascita esiste un Io che può sperimentare angoscia e meccanismi di difesa e che può formare rapporti oggettuali sia nella fantasia che nella realtà. Il bambino, quindi, configura il suo rapporto con l'oggetto secondo due posizioni: schizo-paranoide e depressiva. Nella prima il bambino è inconsapevole della parzialità degli oggetti con cui entra in relazione attraverso i processi di scissione e angoscia

paranoide. Quest'ultima si definisce nei termini di un'angoscia determinata dalla paura che l'oggetto persecutorio si stabilisca nell'io annientando l'oggetto ideale ed il sé. La posizione depressiva è caratterizzata dal fatto che il bambino concepisce la madre come oggetto intero, non più parziale e i meccanismi di difesa vengono gradualmente sostituiti da riparazione, sublimazione e creatività. È proprio il "seno buono che nutre e dà inizio al rapporto amoroso con la madre (che) rappresenta l'istinto di vita e viene sentito anche come prima manifestazione della creatività (...). Se si è instaurata in modo stabile l'identificazione con un oggetto internalizzato buono che dà vita, vi sarà un forte impulso alla creatività" (Klein, 1957, p.56).

La creatività diventa il più forte motivo d'invidia, perché chi ha sviluppato tensione verso la distruzione della fonte primaria della bontà, tende a distruggere tutte quelle attività buone e produttive su cui sono state proiettate l'invidia e l'ostilità.

Secondo la Klein anche nel simbolismo intervengono l'amore, l'odio, i conflitti e i desideri. L'impulso a creare simboli si esplica durante l'infanzia, poiché né la madre né nessuna situazione reale può soddisfare i potenti bisogni emozionali a volte contraddittori e ambigui delle fantasie inconsce del bambino. Se la formazione del simbolo è priva di inibizioni, l'adulto può attingere alle sue forze emozionali che stanno alla base del simbolismo.

La creatività dell'artista fa largo uso di simboli che, quanto più servono per esprimere i conflitti tra amore e odio, tra distruttività e riparazione, tra istinto di vita e istinto di morte, tanto più si approssimano a una forma universale. L'artista giunge quindi a condensare tutto l'insieme dei simboli infantili nel momento in cui attinge a tutta la forza delle emozioni e della fantasia che nei

simboli sono espresse. La capacità del potere di trasferire alcuni di questi simboli universali nei personaggi che crea, e nello stesso tempo di tradurre i personaggi in persone reali, è uno degli aspetti della sua grandezza (Klein, 1963, pp.76-77).

Per Melanie Klein la creatività rappresenta un importante momento di crescita all'interno di un processo di sviluppo individuale, è un momento che segna il passaggio da una situazione psichica ad un'altra.

Uno psicoanalista influenzato dalle teorie della Klein fu Donald W. Winnicott. Per meglio chiarire il suo contributo al tema della creatività occorre esplicitare alcuni punti fondamentali del suo sistema teorico.

Winnicott (1965) ipotizza che all'inizio della vita il bambino non sia in grado di distinguere ciò che è me da ciò che non è me. Ne consegue che la dipendenza del bambino è duplice in ragione del fatto che non è consapevole di tale dipendenza. Il delicato passaggio dalla dipendenza dei primissimi stadi all'indipendenza si esplica grazie all'atteggiamento della figura materna, che già nella fase finale della gravidanza vive quel sentimento che Winnicott definisce "preoccupazione materna primaria" (1965). Quest'ultima si può definire come l'identificazione della madre con il bambino e la capacità di empatizzare con i suoi bisogni. Si tratta di una condizione molto particolare che può essere paragonata a uno stato dissociativo o ad un episodio schizoide; si tratta comunque di uno stato organizzato in cui la donna deve essere in buone condizioni di salute per poter sperimentare tale condizione e superarla quando il bambino lo permette.

La disponibilità della madre a offrire sostegno al bambino qualora venga richiesto unita alla sua capacità di adattamento va a rappresentare per il bambino un modo psicologicamente corretto per entrare in rapporto con la realtà esterna:

Immaginate un bambino che non è mai stato nutrito. A un certo punto comincia a sentire fame ed è pronto a immaginarsi qualche cosa: sotto lo stimolo del bisogno il bambino è pronto a creare una fonte di soddisfazione, ma nessuna esperienza precedente gli suggerisce che cosa deve aspettarsi.

Se in quel momento la madre avvicina il seno e aspetta con pazienza che egli tasti intorno con la bocca e con le

mani e forse anche con l'odorato, il bambino "crea" proprio ciò che si trova lì vicino, pronto per essere scoperto. Il bambino sente che quel seno reale è proprio ciò che egli ha creato sulla base del bisogno, del desiderio e dei primi impulsi d'amore primitivo.

La vista, l'odorato, il gusto catturano una serie di sensazioni e dopo qualche tempo il bambino è forse in grado di creare qualcosa di molto simile al seno che la madre gli offre (...). Molte volte il bambino ha avuto la sensazione di aver creato, e perciò trovato lì vicino, ciò che desiderava. Grazie a questo fatto egli comincia a credere che il mondo contenga ciò che egli desidera e di cui ha bisogno, quindi spera che esista realmente un rapporto tra la realtà interiore e quella esterna, tra la sua innata creatività primaria e il mondo che egli condivide con gli altri. (Winnicott, 1957, p. 147).

Questo tipo di relazione va a formare quello che Winnicott denomina "fenomeno transizionale" che rappresenta: "le prime fasi dell'uso dell'illusione, senza la quale non vi è, per l'essere umano nessun significato nell'idea di una relazione con un oggetto che è percepito dagli altri come a lui esterno" (Winnicott, 1958a, p.287).

"Costituisce un'area intermedia di esperienza a cui contribuiscono sia la realtà interna sia quella esterna. Si tratta di un'area che non viene messa in causa poiché non si pretende nulla da essa se non che esista come rifugio per l'individuo perpetuamente impegnato nel suo compito umano di tenere le due realtà, interna ed esterna, separate e pur tuttavia in relazione l'una con l'altra" (Winnicott, 1958a, p.276).

La funzione della madre in sostanza avvia il processo creativo. Vediamo come.

Il soddisfacente rapporto tra la madre e il bambino rende possibile l'integrazione dell'io. Quest'ultima permette la formazione della capacità di provare il senso di colpa e di conseguenza la riparazione, che secondo la Klein è il fondamento di ogni lavoro costruttivo ed artistico.

Secondo Winnicott l'artista creativo:

è capace di raggiungere un tipo di socializzazione che si sostituisce al bisogno del senso di colpa e alla concomitante attività riparativa e restitutiva che costituisce la base di un lavoro costruttivo normale.

L'artista creativo o il pensatore possono, anzi non riuscire a comprendere, o perfino disprezzare i sentimenti di

preoccupazione che motivano una persona meno creativa; e di alcuni artisti si può dire che non hanno nessuna capacità di provare senso di colpa (Winnicott, 1958, p.341).

L'importanza della madre riveste poi un ruolo cruciale nel momento dello svezzamento, con la sottrazione delle *illusioni* (in pratica inizia ad abituare il bambino che l'insorgenza del desiderio e del bisogno non è condizione sufficiente alla creazione di ciò che desidera). L'illusione per Winnicott ha un carattere funzionale riguardo i confini tra il principio di piacere e quello di realtà. Infatti, solo se la madre è stata capace di fornire al bambino la possibilità dell'illusione che il seno faccia parte di lui, può crearsi uno spazio di separazione (che il bambino può riempire tramite il gioco) e quindi la graduale disillusione, intesa con l'accezione di grande opportunità di crescita psicologica.

Nella realtà delle cose, nessun individuo compie l'operazione completa di accettazione della realtà, nel senso che è sempre presente l'inquietudine riguardo il cercare di mettere in relazione la realtà esterna con quella interna. La soluzione a questa tensione è il perdurare di questo gioco attingendo a quell'area intermedia che è caratteristica della cultura e della creatività in generale e ha una continuità con il gioco infantile. Il gioco per Winnicott costituisce un'esperienza creativa; nel momento in cui il bambino è intento a giocare si può osservare il suo stato di piacevole ed impenetrabile isolamento.

In sostanza, per Winnicott, il vivere creativo e culturale dipendono dal sentimento di fiducia collegata alla responsabilità e attendibilità materna ed elementi ambientali che il soggetto ha strutturato fin dall'infanzia.

La malinconia in Giacomo Leopardi

Giacomo Leopardi non ha fatto altro che confessarsi per tutta la vita, nelle lettere e nelle riflessioni filosofiche, unitamente alla mole di testimonianze su di lui negli scritti dei familiari, la sorella, il fratello e specialmente il padre. Quest'ultimo pare costituire una presenza fissa e ingombrante nella vita del poeta, anche nei vissuti di separazione e senza la quale l'opera e la personalità del figlio non sarebbero emerse.

Monaldo Leopardi fu un nobile che visse la Rivoluzione francese e l'epoca di Napoleone come un periodo storico transitorio, dopo cui tutto era tornato nella condizione precedente, per lui, in una condizione sociale voluta da Dio. In questa prospettiva, egli stabilì un piano familiare inflessibile secondo cui la trasmissione dei beni e del titolo spettava al primogenito e gli altri figli erano destinati al celibato laico o preferibilmente religioso. Giacomo era il primogenito ma non il successore del mandato paterno, perché nato troppo gracile per dare speranze di poter sopravvivere, commettendo il torto di non morire; per questo la sua vita sarà improntata dal peso e dal rimorso del peccato originale della sopravvivenza. È proprio Giacomo a dire che la madre Adelaide ("madre cristiana") godeva se un figlio moriva appena battezzato, così era certo che andava in paradiso. Monaldo fu un personaggio contraddittorio, tenero di cuore ma anche spietato: amante dei libri e della cultura, costruì una ricchissima biblioteca in casa e decise che Giacomo, precario di salute ma con un'intelligenza spiccata e vivace, diventerà un prete di casa rivolto agli studi di filologia e il figlio fece di tutto per soddisfare la volontà paterna. Istruito in un domestico liceo, Giacomo studiò nella biblioteca paterna sedendo alla scrivania per dodici ore al giorno, fino a quando la scoliosi non gli deformò la schiena. Gracile di costituzione, mancò alla prima e maggiore delle aspettative materne, quella di morire e andare nella schiera degli angeli. Il senso di colpa diventa il vivere stesso del poeta, strettamente legato al fatto di non essere morto: "allorché ignara/di misfatto è la vita".

La risposta di Giacomo fu la cieca obbedienza e sottomissione alla volontà paterna, fu il padre a essere l'unico modello di comportamento; soltanto con il dono di sé il figlio può espiare una colpa vera o presunta. Da sottolineare che Monaldo non impose mai niente a Giacomo, in quanto la sua volontà e i suoi desideri sono sempre stati anticipati dalle offerte, dallo studio e dal dono di sé del figlio (fino al rischio di uno smarrimento psicotico del sé).

L'universo leopardiano è contrassegnato prevalentemente dalla malinconia essendo quest'ultima sempre accompagnata dall'esperienza della colpa, malinconia che non è lutto per qualcosa di effettivamente perduto, ma per qualcosa di originario e mai realmente

posseduto: “Qual fallo mai, qual sì nefando eccesso/ Macchiommi anzi il natale, onde sì torvo/ Il ciel mi fosse e di fortuna il volto/ in che peccato bambina, allor che ignara /Di misfatto è la vita? (Ultimo canto: è forse possibile offendere Dio quando si è bambini e la vita non può conoscere colpe quando ancora il giorno natale non è arrivato? In qualche modo sconosciuto sì, se Saffo è condannata ad essere esclusa dalla vita e dall'amore; il “nefando eccesso” di essere venuta al mondo e di essersi ostinata a vivere quando esisteva una volontà contraria a tale decisione (Gioanola, 1995). Una simile colpa è propriamente esistenziale, è relativa al fatto stesso di essere al mondo.

L'infanzia e l'adolescenza di Leopardi furono un'incessante riparazione della colpa di vivere, componente essenziale della condizione malinconica, superabile solo con la cura effettiva e spontanea di genitori in grado di comportarsi in modo naturale tra una madre assente e un padre subdolamente tirannico.

Nel 1815, con “Orazione agli italiani in occasione della liberazione del Piceno”, si segnò il culmine della devozione al padre ma in quell'anno si situa l'inizio di quella crisi che possiamo chiamare “conversione letteraria”: il distacco simbolico dal padre inaugurò la malattia e la creatività dove la libertà della letteratura diventa luogo del desiderio e della sublimazione estetica. La conversione alla poesia coincide con la conversione al bello, sia estetico che erotico: qui malinconia e desiderio si intrecciano perché evocano entrambe il desiderio facendo affiorare il rimosso.

Ed è per questo che la scrittura rappresenta una salvezza e, contemporaneamente, una mancata presenza alla vita. Ne “L'appressamento alla morte” (1816) è presente la convinzione precoce della sua morte prima di aver provato “quel che gioventù desia”; in questa poesia è possibile riconoscere lo schema basilare della poesia leopardiana formato dal rovesciamento del futuro nel passato, cioè della speranza nel ricordo a causa di quell'assenza di vita che svuota di contenuti il desiderio e rende sterile e arida la realtà: “non vidi come speme cada e pera/ E 'l desio resti e mai non venga pieno,/così che lasso cor giunga la sera/ Seppi, non vidi, e per saper nel seno/ Non si stingue la speme e non s'acqueta/ e 'l desir non si placa e non vien meno”.

Paradossalmente Leopardi cominciò a trovare la sua identità quando abbandonò le difese della riparazione e dell'offerta di sé al padre; “altro dominante”, ma con il prezzo di dover scontare un vuoto malinconico: “Seppi, non vidi”. Leopardi ha piena consapevolezza della vita e dei suoi valori, ma non riesce ad averne esperienza, a vedere la realtà con i suoi occhi in modo da “acquetare la speme” e “placare il desio”.

I primi testi veramente leopardiani furono le lettere al Giordani nel marzo del 1817; in tali lettere il poeta cominciò a rivolgere il suo sguardo fuori dall'impenetrabile mondo paterno e a prendere consapevolezza della sua condizione psicofisica. “Mi rannicchiai/ Palpitando nel letto” dove il verbo sancisce la chiusura ad ogni rapporto reale e il rifugio della staticità nell'immaginazione nell'elegia “Il primo amore”; il “sedendo e mirando” ne “L'infinito” è la posizione di chi non riesce ad afferrare la realtà con il movimento attivo degli occhi ma “mira” i rimuginii della mente e del cuore, di chi non vede ma “finge” ciò che sta al di là della siepe e dunque non ha sguardo per le cose reali. La crisi di Leopardi scoppiò nel diciassettesimo anno d'età quando scrisse “Il Saggio sopra gli errori popolari degli antichi”, ultimo omaggio al padre. Questa crisi coincise con la consapevolezza che la dedizione completa al progetto paterno fu la rovina della sua salute psico-fisica facendolo diventare una mente pensante, privo della corporeità e fisicità. In questa ottica si può interpretare la conversione dalla filologia alla poesia come conversione dal razionale all'emotivo, dalla logica all'immaginazione, dove il bello prende il posto del vero.

Solo grazie a Giordani, Giacomo ravvisò la possibilità di uscire dal mondo paterno e da Recanati; tentò la fuga ma questa fallì. Fu un duro colpo, che alimentò nel poeta il desiderio di uccidersi; tale proposito si trova nello Zibaldone: “Io mi trovava terribilmente annoiato della vita e in grandissimo desiderio di uccidermi” (p.64). La tentata fuga da Recanati viene vissuta dal poeta come il passaggio dall'adolescenza alla vecchiaia “Se di vecchiezza/ La detestata soglia/ evitar non impetro/ Quando muti questi occhi all'altrui core/ E lor fia voto il mondo, e il dì futuro, /Del dì presente più noioso e tetro”.

Nella maggior parte dei passi presenti nello Zibaldone, scrivendo sovente del dolore e

dell'infelicità umana, Leopardi fece pochi riferimenti personali espliciti, come se il dolore, non negato o occultato, divenisse oggetto di astrazione intellettuale. Possiamo dire che Leopardi ripará il suo male di vivere attraverso un'elaborazione di una filosofia della vita, in cui il dolore e l'esperienza traumatica vengono universalizzati (Ferrari, 1994).

Un altro esempio di scrittura come riparazione è quello delle Operette Morali in cui la funzione riparativa e consolatoria si attuò attraverso i meccanismi della scissione e dello sdoppiamento.

Il poeta non parlò mai in prima persona; utilizzò i personaggi dei dialoghi per soddisfare la sua istintiva vocazione autobiografica.

Un altro aspetto peculiare delle opere del Leopardi è il tema del ricordo e della memoria. Si vedano ad esempio le poesie dedicate a Silvia e a Nerina, scritte chiaramente in occasione della loro morte, in cui si possono evidenziare tematiche inerenti al ricordo e all'elaborazione del lutto. Nel poeta il ricordo assume una funzione abreattiva-evocativa che ha la caratteristica di un piacere funzionale: "dolce rimembrar, E pur mi giova/ La ricordanza(...)/ Ancor che triste, e che l'affanno duri!".

In quest'ottica il ricordo serve appunto a controllare la realtà; di fronte a una realtà e ad un mondo percepito come offensivo e traumatico, Leopardi si allontana, reagendo allo stesso tempo con la poesia.

Il poeta scrive nel novembre 1828:

Memorie della mia vita.

Felicità da me provata nel tempo del comporre, il miglior tempo ch'io abbia passato in mia vita, e nel quale mi contenterei di durare finch'io vivo. Passar le giornate senza accorgermene; parermi le ore cortissime, e maravigliarmi sovente io medesimo di tanta facilità di passarle.

Piacere, entusiasmo ed emulazione che mi cagionavano nella mia prima gioventù i giochi egli spassi ch'io pigliava co' miei fratelli, dove entrasse uso e paragone di forze corporali (Zibaldone, p.4417-18).

In questo passo dello Zibaldone il piacere funzionale del ricordo è collegato al recupero del mito dell'infanzia.

Italo Svevo

Italo Svevo, pseudonimo di Ettore Schmitz, nasce nel 1861 da una famiglia appartenente alla borghesia di Trieste, città allora molto distaccata dal resto d'Italia.

Tutte le sue opere condividono il medesimo impianto: ne sono protagoniste una figura attiva, che si fa strada, e un'altra contrapposta, inetta, incapace di godersi la vita.

Alla base del pensiero sveviano consistono le idee di tre pensatori: Schopenhauer, Darwin e Freud.

La dicotomia principale negli scritti di Svevo è quella tra salute e malattia: l'individuo sano è colui che incarna perfettamente l'individuo integrato nella società in cui vive, fedele ai suoi principi e valori, capace di adattarsi ai repentini cambiamenti; dall'altra, l'individuo malato psicologicamente, la cui caratteristica principale è l'inettitudine a vivere, che si ritrae dalla vita ed è in perenne stato di insoddisfazione, come il protagonista del romanzo "Una Vita", del 1892.

La sua opera più celebre è "La coscienza di Zeno", del 1923. Le tecniche narrative maggiormente utilizzate da Svevo in quest'opera sono in primis quelle dell'ironia e dell'umorismo. L'ironia nasce dal fatto che vi è uno squilibrio tra la volontà di analizzare i fatti e la possibilità reale di farlo, quindi di risolvere la loro complessità.

A questo proposito ci sono due spiegazioni:

- come strumento per guadagnare la simpatia del lettore e quindi favorire l'identificazione con il protagonista del racconto;
- come risultato dell'incapacità di comprendere del protagonista Zeno.

L'opera sembra una confessione autobiografica; il racconto non segue un ordine cronologico ma procede per varie tematiche, quindi con continue oscillazioni tra passato e presente, realizzato con la tecnica del flashback. Zeno è un inetto che non ha concluso gli studi all'università, provocando per questo un profondo dissidio con il padre. Quest'ultimo, morendo, non gli lascia niente in eredità.

In sostituzione del padre, Zeno si affida a un'altra figura, Malfenti, che però si rivela il suo opposto. Dopo varie peripezie, sposa Augusta, la donna che ha sempre cercato inconsciamente. Il protagonista, aspirando ad appartenere alla

borghesia, fonda un'associazione commerciale con il cognato Guido, figura vista come opposta e nemica.

Alla morte suicida per bancarotta di Guido, Zeno inconsciamente sbaglia funerale. Giunto in età tarda si sottopone a sedute psicoanalitiche, ma non volendo accettare la diagnosi, si ribella, comprendendo così di essere guarito. Il narratore è interno, quindi la sua opinione è inattendibile e colma di menzogne e autoinganni. La dialettica dei punti di vista procede per temi ed istanze narrative, esplicita e implicita, tra Zeno (narrante) e psicoanalista (destinatario), tra Zeno anziano (Io narrante) e Zeno giovane (Io narrato). Tale procedura rispecchia in pieno la dissoluzione del personaggio unitario ottocentesco (dissoluzione del tempo lineare e consequenzialità logica degli eventi e dissociazione delle funzioni narrative).

Per quanto concerne i rapporti con la psicoanalisi di Freud è utile precisare che se Svevo non avesse conosciuto il pensiero di Freud non avrebbe mai scritto "La coscienza di Zeno". Quello che interessava a Svevo del pensiero freudiano era il versante filosofico, non quello terapeutico. Nel suo punto di vista il malato è un individuo autentico e la nevrosi è la condizione più vera, al di fuori di questa vi sono comportamenti falsamente sani.

Sono presenti similitudini tra Ettore Schmitz e Zeno Cosini. Italo Svevo è l'alter ego di Ettore Schmitz, così come Zeno Cosini è l'alter ego di Ettore.

Ettore svolse nella sua vita diversi studi di psicologia e filosofia (Nietzsche e Schopenhauer) e della psicoanalisi di Freud, da cui si deduce che il dottor S. della "Coscienza di Zeno" abbia nome Sigmund. Di fronte agli studi, Ettore si comportò in modo analogo a Zeno, completò gli studi commerciali e si interessò contemporaneamente di psicologia e letteratura, mentre Zeno passa dagli studi commerciali a quelli di chimica, sognando un giorno di impossessarsi dell'azienda che il padre alla morte aveva affidato all'Olivì.

Qui affiora il tema psicanalitico del rapporto conflittuale padre-figlio che rimanda al noto complesso di Edipo: il rapporto tra il padre saggio e il figlio inetto.

Interessante nell'opera è la ricerca continua da parte del protagonista di figure paterne, opposte

a lui, come se avesse voluto compensare il fallito rapporto con il padre reale nel periodo della sua malattia, un padre autorevole e temuto dal figlio. La scelta e il vizio del fumo sono un tentativo di Zeno di avvicinarsi al padre e ottenere la tanto cercata approvazione (Gionaola, 2009).

Come detto in precedenza "La coscienza di Zeno" è l'autobiografia che Zeno scrive per il suo psicoanalista, il dottor S., allo scopo di facilitare la terapia. Nella prefazione la voce narrante è quella dello psicoanalista che ha indotto il suo paziente a scrivere. Il dottor S. compromette la credibilità del paziente affermando che nel suo scritto ha mescolato verità e bugie; ne consegue che il nevrotico Zeno è un insicuro. Anche il dottor S. si rivela superficiale: infatti invece di aiutarlo a far emergere l'inconscio attraverso il dialogo, consiglia al paziente di scrivere le proprie memorie; mosso da propositi di vendetta e di discutibile etica professionale decide di pubblicare il diario. È quindi comprensibile che Zeno faccia di tutto per abbandonare la terapia senza averla mai capita. In conclusione, il dottor S. sminuisce la propria immagine (l'autore esegue un rovesciamento ironico anche della figura dello psicoanalista) e orienta le simpatie del lettore sul proprio paziente.

Zeno non può fare a meno di un medico, non tanto per necessità terapeutiche, ma perché ha bisogno del continuo confronto con questa figura (ad esempio con il dottor Coprosich che al capezzale del padre getta sguardi sulle profonde intenzioni del paziente, assumendo la funzione di mandante del padre). Tutti i medici dell'opera sveviana sono oggetto dell'incessante conflitto che il protagonista ha con le figure più o meno paterne. Il fatto che Zeno si sia rivolto al dottor S. assume i connotati di una provocazione piuttosto che un tentativo di cura. Zeno si prende gioco fin da subito del dottore e quest'ultimo si vendica pubblicando il diario. In questa bizzarra e insolita modalità di cura, l'elemento saliente è fornito dal conflitto che si instaura immediatamente tra i due nella relazione. Il sintomo-guida della malattia di Zeno (il dolore agli arti scaturito dalla lotta con l'antagonista) anziché sciogliere il conflitto all'origine della conversione somatica, lo ha riacutizzato (essendo lo psicoanalista l'ennesima incarnazione del persecutore).

Zeno non si arrabbia quando il dottor S. gli comunica che la malattia era stata scoperta e che non è altro che una mancata risoluzione del complesso edipico (“complesso nucleare delle nevrosi” secondo Freud).

Il fatto che venga narrata l'autobiografia di Zeno da parte del dottor S. evidenzia non solo il crollo delle certezze della società ma anche il fatto che non si può fare affidamento nemmeno sui rapporti umani (Zeno si è fidato del dottore come altra figura paterna); ciò sta a significare che non vi sono certezze nemmeno nelle relazioni umane con le principali figure di riferimento.

Riferimenti bibliografici

- Ferrari, S. (1994). *Scrittura come riparazione. Saggio su letteratura e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Gioanola, E. (1995). *Leopardi, la malinconia*, ult. rist. 1996. Milano: Jaca Book.
- Gioanola, E. (2009). *Svevo's story. Io non sono colui che visse ma colui che descrissi*. Milano: Jaca Book.
- Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude (A Study of Unconscious Sources)*, Tavistock publications Ltd., London. Tr. it. Invidia e gratitudine (1969). Firenze: Martinelli.
- Klein, M. (1963). *Our Adult World and Other Essays*, W. Heinemann, Medical Books, London. Tr. it., Il nostro mondo adulto e altri saggi (1972). Firenze: Martinelli.
- Klein, M. (1969). Amore, colpa e riparazione. In Klein M. e Riviere J., *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio. (tit. orig. Love, Hate and Reparation, The Hogart Press, London, 1937).
- Winnicott, D.W. (1957). *The Child and the Outside World. Studies in Developing Relationship*, Tavistock Publications, London, tr. it., Il bambino e il mondo esterno (1997). Firenze: Giunti e Barbera.
- Winnicott, D.W. (1971). La psicoanalisi e il senso di colpa, in J.D. Sutherland (a cura di), *Psicoanalisi e Pensiero contemporaneo*. Roma: Armando (tit orig., Psycho-Analysis and Contemporary Thought, London, The Hogart Press and the Institute of Psycho-Analysis, London, 1958).
- Winnicott, D.W. (1965), *The Family and Individual Development*, Tavistock Publications, London Tr. It. Dalla pediatria alla psicoanalisi (1975). Firenze: Martinelli.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London. Tr. It., Gioco e realtà (1988). Roma: Armando.

CREATIVITÀ E NEUROSCIENZE

di Laura Palmieri

Psicologa, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

La letteratura ci illustra come le capacità creative ed elaborative dell'uomo siano generate da un meccanismo che utilizza correlazioni associative e di spostamento interiore in parte innato e in parte appreso nelle prime fasi dello sviluppo. La possibilità di decodificare le sensazioni somatiche in qualcosa di astrabile, pensabile e condivisibile si sviluppa insieme al pensiero metaforico e simbolico. Quest'ultimo sembra essere strettamente connesso con la nostra capacità di sognare, meta-pensare, connetterci al pensiero altrui e identificarci con idee e punti di vista esterni e interni a noi stessi. I simbolismi, pertanto, sono rintracciabili nella dicotomia non-convenzionale/convenzionale. Il non-convenzionale si ravvisa in uno scambio di identificazioni, in una sorta di linguaggio che noi stessi condividiamo con gli altri e con le nostre stesse idee, il convenzionale, invece, cui appartiene il simbolismo del linguaggio vero e proprio e del simbolo matematico, ci permette di aprirci verso il mondo culturale e sociale ad un livello maggiormente astratto.

Le scienze psicologiche e le neuroscienze, di recente, si sono focalizzate su quali potrebbero essere i processi attivi nella nostra mente e nel nostro cervello che potrebbero spiegare le basi del pensiero creativo, del funzionamento sociale dello stesso e della creatività in senso più generale.

Il pensiero creativo/divergente nella prospettiva neuroscientifica e neuroestetica

Le neuroscienze descrivono nuove prospettive di studio per spiegare le origini della creatività, a partire dalla profonda conoscenza della neurofisiologia, confermando o ampliando le tecniche e le teorie maggiormente conosciute e utilizzate nelle psicoterapie e nelle prassi

terapeutiche. Questo articolo vuole focalizzarsi su come le attuali ricerche nell'ambito delle neuroscienze si correlino allo sviluppo del pensiero creativo, della creatività artistica e del simbolismo metaforico e convenzionale.

Sappiamo che la creatività viene definita come una capacità cognitiva fondamentale per la costruzione della coscienza e dell'identità personale e collettiva. L'origine di questa potente capacità umana va rintracciata nei meccanismi neuronali e nelle complesse reti neurali, che permettono alla nostra mente di rendere proprie e personalizzabili percezioni e sensazioni corporee sino alla creazione vera e propria dell'oggetto artistico, in grado di connetterci col nostro mondo interiore e con gli altri.

Introduzione alla Neurofisiologia della Creatività

La maggior parte delle ricerche più recenti hanno utilizzato la risonanza magnetica funzionale (fMRI) per esaminare come la capacità cerebrale di generare idee creative trovi corrispondenza nell'organizzazione intrinseca delle reti funzionali nel cervello.

La connettività tra regioni comunemente implicate nella genesi del pensiero divergente sembra essere localizzata prevalentemente nella corteccia prefrontale inferiore e un'attenta analisi delle reti neurali ha rivelato una maggiore attività tra il gyrus frontale inferiore sinistro (IFG) e le capacità creative dell'uomo. L'IFG sembra essere ampiamente connesso con la corteccia parietale inferiore bilaterale e la corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra in soggetti con alte prestazioni in compiti che richiedono espressioni artistiche o creative in genere.

La capacità di generare idee creative è caratterizzata, inoltre, da una maggiore connettività funzionale tra la corteccia

prefrontale inferiore e la rete delle aree sopra citate, a dimostrazione di come differenti regioni del cervello, associate al controllo cognitivo e a processi di basso livello, siano in stretta correlazione.

Nonostante la mancanza di consenso generale nella letteratura, le neuroscienze hanno sviluppato molteplici studi e modelli per poter descrivere le basi neurofisiologiche del pensiero divergente e le componenti centrali della capacità creativa in generale (Abraham, Beudt, Ott, e von Cramon, 2012; Arden, Chavez, Grazioplene e Jung, 2010; Benedek, Jauk, Sommer, Arendasy, e Neubauer, 2014; Dietrich e Kanso, 2010; Sawyer, 2011; Fink et al., 2009; Fink e Benedek, 2014; Gonen-Yaacovi, Souza, Levy, Urbanski, Josse e Volle, 2013).

Un ruolo chiave sembra essere detenuto dalle corteccie prefrontali e dalle regioni inferiori associate al recupero di memoria controllata (Badre e Wagner, 2007), ai processi esecutivi centrali (Aron, 2007) e alle regioni neurali associate all'attenzione diretta e alla cognizione spontanea (Andrews-Hanna, 2012). Come queste regioni, con ruoli funzionali apparentemente opposti (Fox et al., 2005), possano cooperare per sostenere il pensiero creativo resta attualmente oggetto di studio e di dibattito.

Le regioni implicate nella genesi del pensiero creativo/divergente nelle Neuroscienze

A partire dagli anni '50 gli scienziati si sono interessati ampiamente a come alcune regioni cerebrali siano associate a differenti modalità di attenzione e cognizione e a come proprio queste aree abbiano una connettività funzionale essenziale per la genesi del pensiero creativo/divergente (Guilford, 1950; Kaufman, Plucker e Baer 2008).

In particolar modo, molti hanno indagato come il nostro cervello riesca a produrre pensieri e oggetti con usi differenti o nuovi e come questi oggetti abbiano un intrinseco potere predittivo già nella fase di ideazione. Il pensiero creativo sembra essere in grado di prevedere la quantità dei risultati creativi dell'oggetto che produce e la qualità delle performance creative (Beaty,

Smekens, Silvia, Hodges e Kane, 2013; Jauk, Benedek, e Neubauer, 2014).

Le basi cognitive di questo interessante processo sono da rintracciare nei processi attenzionali di tipo top-down e nelle capacità cognitive di alto livello, in grado di generare e mantenere attivo un alto controllo esecutivo, anche sui processi di memoria, immaginazione e intelligenza implicati nella produzione finale dell'oggetto artistico, oggetto inteso, appunto, come prodotto creativo. I processi coinvolti nella genesi del pensiero creativo/divergente implicano l'attivazione di regioni cerebrali associate al controllo cognitivo come l'IFG e il Default Mode Network (DMN), che comprende la corteccia prefrontale mediale, la corteccia singolare posteriore e i lobi parietali inferiori (Abraham et al., 2012; Benedek, Jauk et al., 2014; Chrysikou e Thompson-Schill, 2011; Fink et al., 2009; Fink e Benedek, 2014; Fox et al., 2005; Gusnard e Raichle, 2001; Schacter et al., 2012). Gli studi di elettroencefalografia e di fMRI descrivono come durante un compito che richiede alti livelli di creatività (compiti comuni e non) il gyrus frontale inferiore sinistro, la corteccia cingolata anteriore e il gyrus precentrale siano attivi nel recupero di informazioni in memoria, nell'inibizione di informazioni irrilevanti, nella selezione di possibili alternative rilevanti, nei processi immaginativi e in quelli di simulazione mentale e nel pensiero episodico proiettivo (futuro).

La creatività, pertanto, potrebbe essere spiegata come un processo innescato dalla co-attivazione di sistemi addetti al controllo esecutivo e alle reti predefinite in base al compito richiesto. In modo particolare si evidenzia inoltre come, durante la genesi di un'idea, per esempio, il controllo cognitivo sia altamente flessibile. L'attivazione del DMN potrebbe essere strettamente connessa con processi di basso livello (prevalentemente bottom-up), talvolta spontanei, che permetterebbero di direzionare e monitorare il pensiero divergente e avviare un suo sviluppo.

Oltre a ciò, sembra importante sottolineare l'importanza del contributo dell'attenzione controllata nella selezione di idee salienti e non all'interno del processo creativo, tale da facilitare od ostacolarne il flusso. L'attenzione, guidata dalle regioni cerebrali prefrontali inferiori, risulta attiva nel processo creativo per quanto concerne la funzione principale di mera supervisione o

controllo esecutivo. Di recente, molti neuroscienziati confermano la presenza di differenti sistemi neurali specializzati nell'elaborazione della percezione visiva del corpo umano e delle sue parti (area extrastriata corporea) nel lobo occipitale/temporale e in modo particolare del volto (area paraippocampale o area fusiforme facciale), aree queste geneticamente predisposte che si vanno modificando in risposta alle esperienze acquisite nel tempo.

Nel solco temporale superiore troviamo, invece, reti neurali che rispondono selettivamente ai movimenti del corpo e delle sue parti e che, secondo Damasio (2003), sono altamente correlate alla capacità umana di mettere in relazione le risposte emotive con le risposte corporee, a indicare che risulta quasi totalmente inscindibile l'emozione col coinvolgimento fisico. Dinanzi all'opera d'arte, inoltre, la corteccia prefrontale, l'amigdala e le corteccie cingolate comunicano con le altre aree sopra, indicando stati emotivi e attivazioni somatiche differenti; pertanto, la consapevolezza cosciente delle emozioni che proviamo si correla con la formazione di una vera e propria mappa neurale dello stato corporeo. Il cervello è in grado di simulare la percezione del corpo o della sua rappresentazione in immagini (mappa corporea) in una sorta di modalità di simulazione. La traduzione di emozioni in stati corporei e viceversa si anima nello spettatore creando un ponte di comunicazione tra coscienza ed esperienza dell'opera.

Le scoperte di Rizzolatti, Sinigaglia, Gallese, Fogassi e Keysers hanno permesso la scoperta di alcuni neuroni, definiti *neuroni specchio*, contenuti nella porzione rostrale della corteccia ventrale premotoria dei macachi (area F5), che rispondono sia nel momento in cui l'azione viene compiuta sia quando l'azione viene osservata. Questi neuroni sono rintracciabili nell'uomo nella porzione rostrale del lobulo parietale inferiore e nella porzione caudale del giro frontale inferiore adiacente all'area premotoria, e non soltanto hanno posto le basi per la teoria dell'empatia umana, ma hanno anche descritto che quando osserviamo le azioni degli individui, per esempio quelle contenuti nelle opere d'arte, possiamo automaticamente attivare una rappresentazione mentale di cosa osserviamo nelle stesse aree che utilizzeremo per produrre

quella specifica azione. Questo elaborato meccanismo potrebbe permetterci di comprendere il significato delle azioni e delle emozioni altrui, replicando una rappresentazione mentale o simulando un'azione senza la sua esplicita riproduzione.

Nell'uomo questa attivazione riflessa si genera sia per azioni transitive che intransitive e ciò sembra essere fondamentale per le risposte empatiche e soprattutto estetiche dato che le immagini vengono riprodotte a livello immaginativo come conseguenza di un automatismo delle nostre risposte corporee.

Esistono, inoltre, alcune aree come l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore che risultano implicate nella comprensione dei sentimenti e sono in grado di produrre nello spettatore una rappresentazione degli stati corporei interni correlati alle emozioni esperite, sino a una vera propria consapevolezza emotiva dell'esperienza emozionale.

Questi meccanismi, dunque, potrebbero essere fondamentali nello spiegare come il proposito estetico e la consapevolezza inconscia dei processi empatici siano alla base di una sorta di comprensione neurale dell'arte.

Un ponte di comunicazione tra Filosofia della mente e Neuroscienze

Elaborazione di informazioni e produzione di significato: lo spettatore attivo

La differente combinazione genetica degli individui, così come le diverse esperienze di vita e di apprendimento sembrano articolarsi in modo irripetibile nel cervello umano creando innumerevoli connessioni sinaptiche che, guidando pensiero e azioni, generano una sorta di autonomia di comportamento nella creatività artistica, ovverosia nei termini della *neuroestetica*, di *libertà*, intesa in senso evolutivo come capacità umana complessa che permette non soltanto di elaborare le informazioni, ma anche di produrre significato.

Abbiamo visto come ogni agito umano viene preventivamente attivato da un atto di coscienza, sebbene molti dei processi neurali siano inconsci. Da ciò consegue che potrebbero esistere due differenti tipi di processi mentali o

di due *menti*: una che agisce e una che esperisce (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006), una consapevole e una inconsapevole, da intendersi in senso strettamente evolutivo.

Sappiamo che il nostro cervello, grazie all'attività dei neuroni specchio, sarebbe in grado di decodificare e ordinare la scena in base alle proprie potenzialità, al fine di delineare una sorta di terreno condiviso di azioni ed emozioni che sostanzia le relazioni interindividuali. Già nei primi anni '90, Changeux aveva fatto riferimento ai valori simbolici che certi oggetti artistici e non assumono grazie a particolari stati mentali, emozioni o intenzioni (1994). Lo stesso autore, ponendo le basi per la neuroestetica odierna, sottolinea la forza dell'uomo nell'essere uno spettatore attivo dell'oggetto artistico in una vera e propria *ri-creazione*, da intendersi come processo che lega all'oggetto artistico nella sua creazione e osservazione. L'associazione tra spettatore e opera d'arte sembra andare oltre alla cultura, all'etica, alla morale, attivando un repertorio condiviso che ritrova le sue basi nella stessa biologia umana e solo talvolta può essere correlato ad eventuali strumenti di regolazione culturale.

Come avevano già proposto Darwin (1872) e Freedberg (1989), sono presenti nell'uomo elementi innati negli stati mentali e nelle emozioni correlate all'esperienza visiva, tali da innescare risposte nervose articolate e specifiche che, col passare del tempo, si legano a processi di apprendimento all'aumentare della frequenza d'occorrenza o della complessità.

Le neuroscienze moderne ci spiegano, inoltre, che ogni risposta neurale risulta essere geneticamente ed evolutivamente determinata. In modo particolare le emozioni e le risposte emotive di ogni tipo sembrano dipendere da meccanismi innati, sono variabilmente espresse, nella loro forma più complessa, in specifiche aree cerebrali e vengono processate da peculiari meccanismi e processi di ordine prettamente automatico/non cosciente, quasi totalmente in sintonia con risposte vegetative/corporee. Quest'ultima connessione tra corpo ed emozioni risulta interessante per introdurre le idee di Maffei, Zeki, Ekman, LeDoux, Damasio, Dolan e di molti altri teorici e scienziati che riguardano l'incredibile correlazione tra risposte corporee e

cerebrali all'opera d'arte (Ekman, 1969; Dolan e Vuilleumier, 2003).

La modalità con cui il nostro corpo e le complesse reti neurali elaborano l'informazione visiva risultano nella maggior parte dei casi precognitive, ma guidate da elementi coscienti. Se pensiamo alle arti figurative, ad esempio, potremmo sottolineare come il potere delle immagini sembra avere effetti non solo sul contenuto osservato, ma anche sul significato intrinseco che attiva risposte comportamentali ideali o mentali, senza che queste vengano direttamente messe in agito. I lavori di James e di Merleau-Ponty, in particolare, analizzano le caratteristiche del corpo dello spettatore dinnanzi ad un'opera d'arte figurativa nel caso in cui quest'ultima contenga oggetti ad alto contenuto emotivo o ambiguo. Le risposte generate dall'oggetto artistico nello spettatore potrebbero sembrare al di sotto del livello cosciente, a partire dal presupposto che ogni sensazione esperita, nonostante più intuitiva o immediata rispetto alle emozioni complesse, precederebbe l'elaborazione conscia dei significati e lo sviluppo di risposte empatiche in aree neurali deputate all'analisi e alle rappresentazioni corticali.

Proviamo tuttavia a pensare a oggetti che intrinsecamente contengono elementi ambigui e lo spettatore attivo potrebbe avere differenti interpretazioni dello stesso oggetto artistico, ma come potrebbe rispondere senza che vi sia una coscienza di un qualche tipo a guidarlo: dovrebbe esistere, allora, un qualche meccanismo che risolve l'ambiguità nello stesso momento in cui si generano risposte emotive o automatiche, una rete neurale che elabora segnali molteplici in un unico percelto.

Dal percelto di ambiguità alla percezione di coscienza

Le attività cerebrali umane partecipano attivamente e costantemente alla costruzione di ciò che osserviamo, producendo significati e acquisendo la conoscenza del mondo. Sappiamo che i percelti sono il risultato dell'integrazione tra segnali esterni e operazioni mentali sugli stessi. Semir Zeki ha descritto in maniera articolata come questi percelti possano produrre ambiguità intesa come certezza e consapevolezza del nostro cervello di conoscere

molte possibili interpretazioni ugualmente plausibili, ognuna delle quali potrebbe prevalere su un'altra nel caso in cui raggiunga uno stato di coscienza (Zeki, 1969; 2002).

Secondo lo studioso il nostro cervello si baserebbe principalmente sulle costanti, ovvero sulla proprietà essenziali e immutabili di ciò che viene percepito, e l'ambiguità risulterebbe l'opposto della costanza, a dimostrazione di come il percepito abbia la qualità intrinseca di incostanza e molteplicità. L'ambiguità risulterebbe da una fluttuazione dello stato di coscienza, come una sorta di micro-coscienza che ancora non ha raggiunto stati più elevati di processamento cerebrale. Il cervello, prima della completa coscienza dell'oggetto, è in grado di completare l'opera in modi differenti ma di pari plausibilità. I livelli di ambiguità sono definiti dalle esigenze neurologiche e determinati dalle funzioni neurofisiologiche più o meno specializzate a livello percettivo.

Secondo i modelli organizzativi introdotti da Zeki e Bartles (Zeki, 1969; 2002; Zeki e Bartles, 1999) esistono nodi essenziali e nodi semplici. Nei primi l'attività diviene percettivamente esplicita senza stadi di elaborazione successiva, quindi raggiunge uno stato di coscienza, al contrario dei nodi semplici, che, invece, rappresentano delle micro-coscienze. In pratica, ogni area cerebrale che elabora stimoli percettivi nello spettatore attivo, come quelle descritte sopra, può attivare stati di coscienza di intensità e livello differenti. Ogni livello corrisponde a un nodo, che diventa essenziale se l'attività di questo non necessita di un'elaborazione maggiore col contributo di altri nodi. Il nodo essenziale allora diviene un centro di elaborazione cosciente e, al tempo stesso, un centro percettivo che non dipende da centri di elaborazione superiori. Studi ulteriori confermano che la corteccia fronto-parietale viene coinvolta ogni qual volta siamo in presenza di un cambiamento percettivo di cui diveniamo coscienti, ma non quando siamo coscienti del percepito sin da principio. L'attività di questa corteccia nello spettatore attivo risulta allora determinante affinché si possa avere coscienza di un mutamento, senza necessariamente aver coscienza di cosa sia mutato. Sembrerebbe che l'attività di popolazioni neurali differenti, ma appartenenti alla stessa area cerebrale, potrebbe

dar luogo a diverse micro-coscienze relative allo stesso oggetto artistico o due diverse micro-coscienze relative allo stesso oggetto potrebbero derivare dall'attività di due aree cerebrali differenti ma interconnesse. In entrambi i casi, tuttavia avremmo una diversa modulazione dell'attività neurale come nei casi di rivalità binoculare (Logothetis, 1998) in cui osserviamo una variazione di intensità tra popolazioni cellulari di aree diverse.

Da questo consegue che il cervello possiede un meccanismo in grado di operare in una o più aree al contempo, nel caso in cui stiamo osservando oggetti che producono instabilità percettiva che genera ambiguità. Questo possibile meccanismo produrrebbe l'innescare di attività in micro-coscienze che tentano di sovrapporsi una sull'altra, indipendentemente dal fatto che le medesime micro-coscienze in gioco siano correlate all'attività di una medesima area cerebrale o a più di una. Il passaggio da uno stato di non-coscienza a uno stato di coscienza implicherebbe l'incremento di attività cerebrale in una sola area (alta intensità della coscienza) o in più aree (molteplici micro-coscienze rivaleggianti).

Nel nostro cervello simultaneamente vengono elaborati percetti differenti lungo un *continuum* la cui finalità ultima risulterebbe la ricerca della conoscenza dell'oggetto e l'attribuzione di un significato peculiare. Uno dei due estremi del *continuum* è rappresentato da una condizione in cui il cervello non necessita di opzioni per una interpretazione cosciente. L'altro estremo, invece, è caratterizzato da situazioni in cui esistono più interpretazioni coscienti di pari plausibilità o totalmente in contrasto tra loro. Lungo questo *continuum* l'attività di un'area cerebrale primeggia su un'altra o viene influenzata da altre. L'oggetto artistico cui è sottoposto il soggetto attivo aumenta l'attività cerebrale e innesca meccanismi che normalmente il cervello utilizza per attribuire senso.

In conclusione, potremmo sottolineare come gli stessi meccanismi siano utilizzati, condivisi e co-attivati non soltanto nell'interpretazione dell'opera d'arte, ma anche nell'attribuzione di significato e nel riconoscimento della molteplicità interpretativa dell'opera. Secondo questa definizione, l'artista e lo spettatore

impiegano questi meccanismi cerebrali e riescono naturalmente a condividerli in una sorta di dialogo infinito attorno all'opera in cui costantemente si producono coscienze e slittamenti da un livello all'altro di coscienza.

Artista, spettatore e opera condividerebbero una coscienza composita e multilivello all'interno di una Teoria della Mente in cui differenti percezioni e pensieri si articolano e si modulano nel tempo.

Definizione di coscienza a partire dalla Teoria della Mente

Sappiamo dalle più recenti revisioni critiche che ogni modello di psicoterapia adotta una sorta di meta-modello in grado di contribuire a differenti approcci esplicativi della visione dell'uomo, della coscienza e del mondo.

Ogni meta-modello fa riferimento, dunque, alla specifica visione dell'uomo e del funzionamento mentale. Grazie alla filosofia della mente siamo in grado di spiegare il rapporto esistente tra mente e corpo, tra coscienza, percezione, intenzionalità ed elementi corporei/fisici.

Le neuroscienze e le psicoterapie di diversi approcci lavorano di pari passo a nuove definizioni e teorie, con l'obiettivo condiviso di definire i collegamenti possibili tra mente e coscienza, rivendicando, nella maggior parte dei casi, una "naturalizzazione" della mente, ovvero una un'emergenza attiva della coscienza a partire dai correlati neurali e dalle risposte neurali a specifici stimoli e percezioni corporee. Abbiamo visto come il nostro cervello sia atto a elaborare informazioni sensoriali provenienti dall'esterno producendo, come risultato, risposte coscienti o, meglio, risposte della coscienza.

Questa profonda intersezione e intercomunicazione tra le percezioni e le sensazioni da un lato, e le risposte motorie e autosomiche/vegetative dall'altro, si articola in un complesso di elementi in cui si produce una coscienza superiore che trova elegantemente espressione nei processi di pensiero, linguaggio, movimento e comportamento. Lo spettatore attivo possiede tutte le connessioni cerebrali sin dalla nascita e, mediante processi di adattamento e allenamento, i processi di coscienza e di comportamento, che dunque derivano direttamente dal lavoro neurale, si rendono

emergenti e attivi. La coscienza, dunque, non può essere eliminata, come aveva introdotto Searle (2004) nella definizione di "ontologia soggettiva", tale per cui essa stessa risulta una realtà che deriva dall'esperienza del reale, dall'opera osservata, dal pensiero che s'innescano nello spettatore, così come dall'artista che in essa ha introdotto parte della sua esperienza mentale. Secondo questa teoria della mente, la coscienza servirebbe in ogni processo mentale poiché in esso si connatura e trova espressione, a partire dalle interconnessioni neuronali, mantenendo costantemente proprietà oggettive e individuali. Sappiamo che il cervello dello spettatore attivo produce la coscienza nelle sue differenti modulazioni e declinazioni, senza perdersi nella riduzione dello stato mentale in puro stato cerebrale/biologico.

Assiduamente le neuroscienze si interrogano su quali siano i correlati neurali di questa complessa attività grazie alla quale siamo in grado non soltanto di discernere tra le diverse visioni dell'artista, ma anche tra le differenti modulazioni con cui la coscienza dello spettatore si articola e trova realizzazione nell'agito. Tuttavia, risulta molto complesso poter risalire alle aree cerebrali più specificatamente implicate nella produzione di un'idea cosciente, e le aree indicate all'inizio non sono che una mera mappa cerebrale. Per poter spiegare come il nostro cervello operi tutto questo, i neuroscienziati preferiscono fare riferimento alle reti di connessioni neurali e alle articolate reti di sinapsi che mirabilmente 'accendono' ogni idea, ogni elemento creativo e ogni oggetto che quotidianamente sovrviene alla coscienza.

Riferimenti bibliografici

- Abraham, A., Beudt, S., Ott, D.V.M., e von Cramon, D.R. (2012). Creative cognition and the brain: Dissociations between frontal, parietal-temporal and basal ganglia groups. *Brain Research*. 1482: 55–70.
- Andrews-Hanna, J.R. (2012). The brain's default network and its adaptive role in internal mentation. *The Neuroscientist*. 18: 251–270.
- Arden, R., Chavez, R.S., Grazioplene, R., e Jung, R.E. (2010). Neuroimaging creativity: a psychometric view. *Behavioural Brain Research*. 214: 143–156.
- Aron, A.R. (2007). The neural basis of inhibition in cognitive control. *The Neuroscientist*. 13: 214–228.

- Badre, D., e Wagner, A.D. (2007). Left ventrolateral prefrontal cortex and the cognitive control of memory. *Neuropsychologia*. 45: 2883–2901.
- Beaty, R.E., Smeeckens, B.A., Silvia, P.J., Hodges, D.A., e Kane, M.J. (2013). A first look at the role of domain-general cognitive and creative abilities in jazz improvisation. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*. 23: 262–268.
- Benedek, M., Beaty, R.E., Jauk, E., Koschutnig, K., Fink, A., Silvia, P.J., e Neubauer, A.C. (2014). Creating metaphors: the neural basis of figurative language production. *NeuroImage*. 90: 99–106.
- Benedek, M., Jauk, E., Sommer, M., Arendasy, M., e Neubauer, A.C. (2014). Intelligence, creativity, and cognitive control: the common and differential involvement of executive functions in intelligence and creativity. *Intelligence*. 46: 72–83.
- Changeux, J.P. (1994). *Ragione e piacere. Dalla scienza all'arte*. Milano: Cortina.
- Chrysikou, E.G., e Thompson-Schill, S.L. (2011). Dissociable brain states linked to common and creative object use. *Human Brain Mapping*. 32: 665–675.
- Damasio, A.R. (2003). Alla ricerca di Spinoza: emozioni, sentimenti e cervello. In *Il marcatore somatico*. Milano: Adelphi.
- Darwin, C. (1872). *L'espressione delle emozioni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Dietrich, A., e Kanso, R. (2010). A review of EEG, ERP, and neuroimaging studies of creativity and insight. *Psychological Bulletin*. 136: 822–848.
- Dolan, R.J., e Vuilleumier, P. (2003). Amygdala automaticity in emotional processing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985: 348–355.
- Ekman, P. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotions. *Science*, 164-3875: 86–88.
- Fink, A., Grabner, R.H., Benedek, M., Reishofer, G., Hauswirth, V., Fally, M., Neuper, C., Ebner, F., e Neubauer, A.C. (2009). The creative brain: Investigation of brain activity during creative problem solving by means of EEG and fMRI. *Human Brain Mapping*. 30: 734–748.
- Fink, A., e Benedek, M. (2014). EEG alpha power and creative ideation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 44: 11–123.
- Fogassi, L., e Gallese, V. (2002). The neural correlates of action understanding in non-human primates. *Mirror Neurons and the evolution of brain and language*, 13–31.
- Fox, M.D., Snyder, A.Z., Vincent, J.L., Corbetta, M., Van Essen, D.C., e Raichle, M.E. (2005). The human brain is intrinsically organized into dynamic, anticorrelated functional networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 102: 9673–9678.
- Freedberg (1989). *Il potere delle immagini. Il mondo delle figure: reazioni ed emozioni del pubblico*. Einaudi.
- Gallese, V., Ferrari, P.F., e Umiltà, M.A. (2002). The mirror matching system: a shared manifold for intersubjectivity. *Behavioral and brain sciences*. 25-1: 35–36.
- Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., e Rizzolatti, G. (1996). Action and recognition in the premotor cortex. *Brain*. 119: 593–609.
- Gallese, V., Keysers, C., e Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in cognitive science*. 8-9: 396–403.
- Gonen-Yaacovi, G., de Souza, L.C., Levy, R., Urbanski, M., Josse, G., e Volle, E. (2013). Rostral and caudal prefrontal contributions to creativity: a meta-analysis of functional imaging data. *Frontiers in Human Neuroscience*. 7: 465.
- Guilford, J.P. (1950). Creativity. *American Psychologist*. 5: 444–454.
- Gusnard, D.A., e Raichle, M.E. (2001). Searching for a baseline: functional imaging and the resting human brain. *Nature Reviews Neuroscience*. 2: 685–694.
- Iacoboni, M., Rizzolatti, G. et al. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*. 286: 2526–2528.
- Jauk, E., Benedek, M., e Neubauer, A.C. (2014). The road to creative achievement: a latent variable model of ability and personality predictors. *European Journal of Personality*. 28: 95–105.
- Le Doux, J. (1992). Emotion and amygdala in The amygdala: Neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction. *Wylie Liss*, 339–351.
- Logothetis, N.K. (1998). Single units and conscious vision. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 353: 1801–1818.
- Maffei, L., e Fiorentini, A. (1995). *Arte e cervello*. Bologna: Zanichelli.
- Rizzolatti, G., Camarda, R., e Fogassi, L. (1988). Functional organization of inferior area 6 in the macaque monkey: II. Area F5 and the control of distal movements. *Experimental Brain Research*. 111: 246–252.
- Rizzolatti, G., e Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina.
- Sawyer, R.K. (2011). The cognitive neuroscience of creativity: a critical review. *Creativity Research Journal*. 23: 137–154.
- Schacter, D.L., Addis, D., Hassabis, R.D., Martin, V.C., Spreng, R.N., e Szpunar, K.K. (2012). The future of memory: Remembering, imagining, and the brain. *Neuron*. 76: 677–694.
- Searle, J.R. (2004). *Mind, a brief introduction*. Oxford University Press.
- Zeki, S. (1969). The secondary visual areas of the monkey. *Brain Research*, 13: 197–226.
- Zeki, S. (2002). Neural concept formation and art: Dante, Michelangelo, Wagner. *Journal of Consciousness Studies*. 9: 53–76.
- Zeki, S. (2004). The neurology of ambiguity. *Consciousness and Cognition*, 13-1: 173–196.
- Zeki, S., e Bartels, A. (1999). Towards a theory of visual consciousness. *Consciousness and Cognition*, 8: 225–259.

LA COSCIENZA È SOLTANTO UNA QUALITÀ DELLA MENTE? L'EMERGERE DELLA COSCIENZA NELLA PROSPETTIVA NEUROSCIENTIFICA

di Laura Palmieri

Psicologa, Tirocinante Scuola di Psicoterapia Comparata

L'insieme dei contenuti delle nostre esperienze immediate
Wundt, 1911

Lo stato di consapevolezza di sé e dell'ambiente che ci circonda
Plum e Posner, 1980

Il prerequisito indispensabile per qualunque forma di esperienza umana e conoscenza
Gloor, 1986

La più ovvia e la più misteriosa caratteristica della nostra mente
Dennet, 1987

L'esperienza consapevole permette di produrre una vera e propria dimensione intrapsichica che le neuroscienze moderne si apprestano a studiare utilizzando un metodo scientifico che, unito al tradizionale metodo psicoanalitico riuscirebbe a rivelare quali potrebbero essere i meccanismi neurocognitivi sottostanti il funzionamento degli stati di coscienza e dei contenuti mentali di tipo conscio e inconscio.
Marcel e Bisiach, 1988

Le neuroscienze descrivono in maniera dettagliata come i neuroni siano cellule altamente specializzate e geneticamente predisposte ad adattarsi e ad organizzarsi in base alle caratteristiche del mondo esterno e quindi alle singole esperienze individuali. Il cervello riesce in qualche modo a operare una riorganizzazione interna mediando le informazioni che riceve e articolando le differenze tra mondo interno ed esterno. Le due funzioni principali di questo complesso organo sono di tipo *canale* e *di stato*. Le prime riguardano tutte quelle informazioni che arrivano dall'esterno e portano ad una riconfigurazione interna, le seconde sono diffuse a tutte le aree cerebrali e riguardano, invece, le informazioni che risiedono all'interno. La neurotrasmissione tra queste aree si articola nella complessa comunicazione tra meccanismi

automatici e non costruendo l'articolata dicotomia che sussiste tra cervello e mente, non intesa come relazione spiegabile soltanto da esami scientifici, bensì come costruzione filosofica in cui processi biologici e di coscienza si concatenano per dare significato al percepito esperito.

La nozione di coscienza viene spiegata da Solms come costruito molteplice, ovvero sia come porzione di vita mentale complessiva ed estesa. Nel saggio "Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva" l'autore ci descrive come già Damasio avesse teorizzato l'esistenza di una *coscienza nucleare* che sarebbe in grado di correlare stati attuali del sé con quelli del mondo esterno. Il recente impiego del *brain imaging* ha permesso di osservare la rete delle connessioni neurali che entrerebbero in gioco quando osserviamo gli altri e produciamo stati d'animo o azioni

modulando il sé interno e gli elementi esterni al nostro corpo, comprese le emozioni e le espressioni altrui. Damasio (2012) aveva descritto come il nostro mondo interno, fatto di quella che oggi conosciamo come complessa rete di connessioni neurali, sia in grado di correlare elementi innati con elementi esperiti, sapere che esistiamo e che pensiamo a prodotti del nostro stesso pensiero, di quello altrui e così via.

Mente e coscienza sono correlati, ma ancora resta ignoto il modo in cui lo siano poiché non esistono strutture cerebrali implicate nel rendere cosciente la mente. Ognuno di noi produce e analizza i propri stati interni, osserva e analizza gli stati altrui, riconosce la coscienza dell'altro e tutto avviene grazie a veri e propri eventi cerebrali che producono immagini mentali, che a loro volta producono stati di coscienza, configurazioni sensoriali, rappresentazioni di oggetti e quindi conoscenza.

Non sappiamo correlare stati fisici e stati mentali in modo diretto; tuttavia, è impossibile non riconoscere la forte e connaturata integrazione e correlazione tra di essi e si definisce riduzionistico il pensiero di coloro i quali, nel panorama scientifico e umanistico, non riconoscono che ogni evento mentale ha un suo corrispettivo neurale sotto forma di connessione o rete di connessioni, e che la coscienza risulta essere una diretta conseguenza di tutti quei processi.

Porre una netta distinzione tra mente e corpo significherebbe, secondo Solms, introdurre un artefatto percettivo, che comunque non spiegherebbe la sostanza di cui è fatta la coscienza.

Turnbull (2004) e Solms (2002), e prima di loro lo stesso Freud, annunciarono la possibile, seppur inizialmente forzata, correlazione tra un mondo psichico, psicologico, psicoanalitico ed un mondo fisiologico, neurobiologico e neuropsicologico.

Col tempo sono stati proposti approcci che permettono non soltanto uno studio interdisciplinare, ma anche un metodo vero e proprio cui ci si approccia a quella che Solms descrive come neuro-psicoanalisi o neuropsicologia del profondo, legando all'oggetto reale e alla sua rappresentazione cosciente anche gli elementi transferali, le resistenze, i contenuti non manifesti o i vissuti inconsci.

Nella pratica terapeutica questa profonda analisi permette un confronto interessante tra i meccanismi cerebrali neurologicamente determinati e gli stati interni del paziente. Grazie a questo approccio si è in grado di studiare con maggior precisione gli stati mentali, la capacità di pensare e la coscienza morale dei pazienti, anche di coloro che hanno subito gravi lesioni cerebrali. Un approccio che corre su un doppio binario parallelo potrebbe essere di grande aiuto per spiegare la relazione tra stati fisici e stati della coscienza. Una proposta che prende avvio da due mondi che per lungo tempo sono rimasti così lontani e rivali potrebbe rivelarci un punto di vista maggiormente analitico, più aperto alla discussione e dunque alla produzione di un numero maggiore di ipotesi e, quindi, di risposte a uno dei quesiti più arcani e affascinanti quale la relazione corpo-mente.

Fenomenologia e scienze cognitive

A partire dagli anni '70, le scienze cognitive si ampliano e permettono agli studiosi e agli scienziati di differenti settori di ridefinire quella che potrebbe essere la forma dei contenuti della mente e i sistemi di organizzazione del pensiero. Tuttavia, come spiega Francisco Varela, soltanto a partire dagli anni '90 è stato possibile parlare di coscienza in termini scientifici e non solo filosofici e accettare l'esistenza di un mondo fenomenico alla base del vissuto cosciente individuale, ma soprattutto alla base dell'esperienza.

Si è cercato di rintracciare le basi della coscienza senza far riferimento a ipotesi riduzionistiche né a mere definizioni di capacità o abilità cognitive innate. I correlati neurali sarebbero in grado di descriverci come il nostro cervello sviluppa un'immagine, una percezione o un'esperienza reale. Gli studiosi, oggi, tendono a utilizzare approcci integrati che coinvolgono lo studio dei substrati neurologici, le teorie psicologiche e i modelli di psicoterapia con la finalità ultima di entrare in contatto con la materia cosciente, anche se sembra impossibile e riduttivo ricercare un correlato neurale specifico.

Secondo Varela, questa materia andrebbe rintracciata nella natura del vissuto personale e nella stretta correlazione tra il fenomeno e il reale. In un certo qual modo la coscienza

andrebbe rintracciata nell'uomo a partire da un vissuto e non da un circuito cerebrale soltanto, poiché quel vissuto configura un'esperienza mentale e unica, strettamente correlata all'integrità stessa dell'organismo in cui risiede.

Ognuno possiede un sentimento di esistenza e di permanenza, bisogni, desideri ed emozioni. In aggiunta a ciò, è importante sottolineare che ognuno possiede la coscienza della percezione dell'oggetto in cui entra in contatto. Varela definisce questa coscienza come “un accoppiamento permanente” tra azione mediante l'oggetto e percezione dell'oggetto stesso che permetterebbe una “fonte permanente di senso”.

Il contenuto di coscienza, allora, non potrebbe, in tal caso, essere localizzato in una circuiteria neurale ben precisa, bensì risulterebbe dislocato tra il luogo in cui il soggetto fa esperienza e quello in cui si genera la coscienza dell'oggetto esperito o dell'emozione o dell'esperienza condivisa con un altro soggetto. Varela descrive la coscienza come “un'emergenza” che richiede la presenza di un corpo, di un ambiente esterno e di un secondo oggetto o soggetto. All'interno di questo ciclo potrebbe, dunque, generarsi e svilupparsi la coscienza in stretta connessione con la rete di circuiti che ne permettono l'avvio e il procedere.

L'organismo viene continuamente attivato dall'esterno e i circuiti cerebrali attivano e permettono il continuo rigenerarsi di questo ciclo di interazione che si autoregola e coordina il procedere della coscienza stessa. L'organismo è dunque in correlazione con quella che si definisce *emergenza* di nuove identità e di nuovi effetti continuamente. L'emergenza di uno stato mentale, di uno stato di coscienza, ha un'azione diretta sulle componenti locali e riesce a cambiare gli stati di interazione sinaptica tra neuroni.

Non si può parlare di dualismo, non si può parlare di riduzionismo, né di atomismo, né di determinismo, ma, grazie alle continue scoperte scientifiche, sembra che l'approccio migliore quando si parla di coscienza sia soprattutto quello di tipo costruttivista, poiché meglio riuscirebbe a spiegare il dispiegarsi di funzioni complesse e di fenomeni non lineari. Oggigiorno, il metodo introspettivo permette di sottolineare quanto singolo soggetto e

fenomeno siano interconnessi e attivi nell'emergenza della coscienza.

Esistono tre cicli di interazione che permettono alla coscienza di svilupparsi: l'interazione del soggetto col corpo, col mondo e con gli altri. I fenomeni di coscienza possono prendere avvio solo nel ciclo e nel decentramento che esso comporta. Secondo Varela esisterebbero pertanto i presupposti per un dialogo interessante tra filosofia e scienza in una prospettiva definita *neurofenomenologica*, secondo la quale gli stati fisici sono connessi agli stati coscienti. Il mondo prende senso a partire dalle relazioni senso-motorie del soggetto. Non esisterebbero un oggetto e un soggetto, bensì fenomeni ed elementi che interagiscono in un rapporto di continua specificazione e determinazione.

L'azione ha un ruolo determinante nel dare significato poiché risulta essere la base stessa della relazione tra soggetto e corpo nell'esplorazione del mondo. Il corpo sembra lentamente assumere, dunque un ruolo centrale nelle relazioni intersoggettive, così come l'empatia e la coscienza intenzionale.

Lo stesso Rizzolatti ha spiegato come alcuni neuroni possono descrivere i meccanismi neurobiologici alla base di tutte le interazioni dell'uomo con gli altri e il mondo esterno. E da questa relazione di interdipendenza, Varela concepisce la coscienza come un processo di emergenza. Anche secondo Rizzolatti e Gallese la coscienza prenderebbe avvio proprio da questa emergenza attraverso l'attività neurale dei neuroni specchio che, diversamente da quelli canonici permettono un meccanismo di interazione, di simulazione implicita e di relazione costitutiva con l'elemento altro con cui si entra in contatto. Ne consegue che il sistema neurale che differenzia il sé dall'altro sarebbe responsabile della coscienza della relazione e dell'interdipendenza tra oggetti e, perciò, della coscienza della relazione. Non esiste un individuo che percepisce il mondo, ma un soggetto che interagisce. Affinché l'individuo possa dare un senso al mondo e agli altri deve esistere un intero processo conoscitivo, costitutivo e interattivo in cui il soggetto si rivolge con intenzionalità all'altro diverso da sé del proprio atto di coscienza.

La coscienza assume il significato stringente di non intenzionalità contrapposto al ruolo

intenzionale della mente a partire dall'esperienza fatta con il proprio corpo, con le proprie e altrui azioni. Questo intero processo di costruzione è stato definito da Varela col termine *enazione*, il cui paradigma spiegherebbe come mente e coscienza siano intrinsecamente correlate tra loro in una prospettiva fenomenologica.

Enattivo significa prodotto “attraverso l'atto della manipolazione (...) il mondo là fuori e quello che io faccio per individuare me stesso in quel mondo non possono essere separati”. Tutti i processi sensoriali prendono avvio a partire dall'esperienza che l'individuo fa all'esterno di sé con tutto ciò con cui esso entra in contatto siano essi oggetti o altri organismi.

Secondo Varela e Thomson la mente sarebbe qualcosa di diverso rispetto alla coscienza poiché vi si aggiunge una componente di empatia o di intenzionalità mediata dall'interazione sociale stessa e veicolata a livello neurale dai neuroni specchio. Osservando le azioni altrui l'individuo è in grado di provare emozioni e sensazioni e di comprendere le azioni e l'intenzionalità dell'altro. L'empatia stessa sarebbe generata dalle associazioni fra vissuti personali e altrui. Gallese introduce, sulle stesse note di Varela, un *modello neurofenomenologico dell'intersoggettività* in cui filosofia, scienze cognitive e neuroscienze si uniscono per spiegare la genesi e lo sviluppo della coscienza, si confrontano e si vincolano a vicenda nella definizione. Da una parte il rigore delle scienze empiriche, dall'altra il carattere speculativo, il tutto amalgamato dalla soggettività, senza la quale l'indagine non troverebbe direzione alcuna.

Soggetto e oggetto, dunque, si determinano nell'atto di coscienza grazie ad azioni e percezioni in un processo costitutivo e conoscitivo. Non si parla di dualità, non si include soggetto e oggetto come distinti attori nel mondo, altresì si convalida un'indistinta comunione di coscienza. L'empatia e la coscienza hanno un loro corrispettivo biologico e come fenomeni naturali possono permettere all'individuo di comprendere il mondo attraverso una rappresentazione dello stesso. Conoscenza ed esperienza risultano pertanto essere elementi indissolubili, entrambi mediati dal vissuto corporeo che ognuno in qualità e modalità uniche ed irripetibili delinea come rappresentazione soggettiva.

Coscienza e Concetto di Agency nella relazione terapeutica

Abbiamo dunque visto che ogni esperienza si qualifica come soggettiva e corporea e viene condivisa col mondo che ci circonda, col nostro mondo interno e con gli altri. La modalità con cui queste esperienze vengono elaborate e vissute permette all'individuo di pervenire alla coscienza delle stesse col fine ultimo di dare forma ad un vissuto mentale di coscienza quale risulta essere la mente soggettiva. L'oggetto interno frutto di questa elaborazione proviene da fuori, dall'interazione con l'altro, dal continuo divenire e scambiare informazioni con l'altro.

Il mondo fisico e le nostre interazioni con esso ci permettono di entrare in contatto con emozioni complesse, sensazioni materiali, astrazioni e concetti mentali elaborati. Come ci spiegano Slavin e Rahmani (2017), la nostra mente elabora qualcosa con cui direttamente il corpo entra in contatto, “usiamo il nostro corpo in funzione della nostra mente”, a partire da ogni esperienza relazionale il nostro corpo abbia con l'altro.

Anche nella terapia il paziente risulta essere spesso imbrigliato a vissuti corporei con l'altro che vive in maniera difficile o dolorosa e racconta i suoi vissuti permettendo all'altro di venire in contatto con essi in maniera corporea. Il terapeuta viene toccato dalle esperienze del paziente e riesce a rintracciare come quelle esperienze corporee, così vivide e forti non abbiano permesso al paziente di ritrovare la sua mente e, dunque di essere pervenuto alla piena comprensione del vissuto esperito.

Nella relazione terapeutica diviene di fondamentale importanza, allora, rintracciare quando si è in contatto col paziente in maniera attenta e presente, al fine di mantenere il riconoscimento di entrambe le menti attive nel processo terapeutico. La tensione intersoggettiva permette un dialogo tra due vissuti di coscienza completamente differenti ma in comunicazione, così come sono in comunicazione le esperienze corporee col soggettivo modo di sentire. Il vissuto mentale che il paziente incarna nel terapeuta attiva un modello di simulazione del vissuto reale esperito in un momento e in uno

spazio differente e porta con sé uno stato mentale di cui solo il paziente ha coscienza, ma nell'atto della condivisione e della relazione anche il terapeuta ne diviene cosciente e, così facendo, afferma la continuità di quel vissuto rimodulando un proprio stato mentale.

I neuroni specchio e la consonanza emotiva sovente attivati in seduta veicolano stati mentali differenti nonché contenuti transferali di profondo impatto personale per entrambi gli attori. I meccanismi di simulazione, che entrano in comunicazione quando lo stato mentale passa da un soggetto all'altro nella relazione terapeutica, sono atti a condividere un livello esperienziale, un contenuto di coscienza attivo e la simulazione che ne consegue è essa stessa un correlato empatico. Si attivano processi fattuali nella formazione dello stato mentale, si tocca l'altro col proprio vissuto e l'altro viene in contatto con l'invisibile forza e l'impetuosa spinta dell'azione.

Lentamente si va delineando il concetto di *agency* nella relazione terapeutica e interpersonale, ci spiegano Slavin e Rahmani, inteso come la causalità di cui siamo responsabili nel contatto con l'altro, come l'impatto e il potere causale che continuamente agiamo nelle relazioni. A partire dalle prime relazioni che abbiamo durante l'infanzia siamo in grado di sviluppare questo concetto in maniera implicita e, lentamente, impariamo lo a conoscere e a sviluppare nel corso delle esperienze.

Questo impatto sull'altro diventa fatto mentale, vissuto di coscienza, attraverso il suo stesso riconoscimento da parte dell'individuo. Le esperienze hanno la funzionalità di ripetere lo stesso contenuto e pertanto lo stesso impatto nella relazione con l'altro. Lentamente il vissuto cosciente si guadagna l'attenzione altrui e l'impatto nel senso più semplice del termine, ovvero la capacità di causare una risposta emotiva o di veicolare un vissuto mentale carico di sensazioni o emozioni talvolta difficili da controllare.

Durante il corso della nostra vita continuamente attiviamo questo impatto nell'altro e ne diveniamo coscienti quando riconosciamo il vissuto mentale attivato nell'altro all'interno della relazione, anche in una relazione terapeutica, dove talvolta tutto sembra poter essere controllato attivamente. Il terapeuta costantemente controlla la spontaneità

dell'impatto dell'*agency* che il paziente può avere su di lui. La fenomenologia abbraccia la definizione di *agency* fornendone le basi empiriche che sostengono l'esistenza di un'autocoscienza intransitiva prima dell'esperienza e di una coscienza dopo la stessa. Potremmo intendere questo impatto come una modalità dei processi di simulazione di generare una consonanza intenzionale all'interno delle relazioni in generale? Probabilmente esiste una forte connessione tra le risposte neurali dei neuroni specchio e ciò che vediamo e percepiamo; l'intersoggettività include il concetto di *agency* che costantemente attiviamo per stabilire una reciprocità con l'altro e un riconoscimento di se stessi nella relazione con l'altro.

Esiste un'auto-coscienza che ci permette di correlare una riflessività volontaria con processi neurali automatici a seguito dell'esperienza. L'*agency* permette una forte correlazione con gli stati di coscienza che attiviamo in noi stessi e negli altri, poiché esaudisce il senso di autoefficacia causale. Il concetto di *agency* risulta distaccato dal meccanismo funzionale del controllo delle azioni e della consapevolezza che mettiamo in atto ogni giorno. I meccanismi cognitivi e neurali attivati permettono un vero e proprio processo decisionale di cui si ha piena coscienza e se ne prende coscienza spesso nel dispiegarsi del medesimo, così da avere il tempo necessario per elaborare l'azione causata e gli effetti della stessa sull'autoconsapevolezza e l'autocoscienza. Ciò che portiamo all'altro rafforza o indebolisce il senso di proprietà delle azioni attivate e dell'autoefficacia causale.

In senso più generale potremmo allora definire il concetto di *agency* come una presa di coscienza del sé in azione nel presente strettamente correlato col senso di autoefficacia che ne consegue e i meccanismi neurali ad esso correlati sono gli stessi dei neuroni specchio a conferma, ancora una volta, di come scienza e filosofia siano profondamente interconnesse nel dispiegare l'una i significati dell'altra.

Riferimenti bibliografici

- Cleermans, A. (2003). *The Unity of Consciousness: Binding, Integration and Dissociation*, New York, Oxford University Press, 266-287.
- Damasio, A. (2012). *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.
- Gallese, V., Migone, P., e Eagle, M. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.
- Gallese, V. (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività. *Rivista di Psicoanalisi*, LIII, 1, 197-208.
- Rizzolatti, G., e Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina.
- Solms, M., e Kaplan-Solms, K. (2002) *Neuropsicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Solms, M., e Turnbull, O. (2004). *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Varela, F. (2000). Quattro pilastri per il futuro della scienza cognitiva. *Pluriverso*, 5 (2), 6-15.
- Varela, F., e Thompson, E. (2001). *Neural synchrony and the unity of mind: a neurophenomenological perspective*. New York University Press.

IL TRAUMA NELLE GENERAZIONI

ONTOGENESI E FILOGENESI DEGLI EFFETTI DI UN TRAUMA

di Andrea Mugnai
Psicologo Psicoterapeuta

I padri han mangiato uva acerba e i denti dei figli si sono allegati
Ezechiele, 18

Che gli effetti di un evento o di una serie di eventi traumatici trapassino come la luce attraverso uno schermo opaco le varie generazioni è noto da molto tempo. Il segreto nel tempo assume il carattere di un buco nero che assorbe energia e inghiotte mondi relazionali che riguardano non solo i legami familiari ma si allargano anche alla sfera comunitaria e istituzionale.

Il concetto di trasmissione transgenerazionale si inserisce nella dialettica teorico/clinica di molte scuole di pensiero che hanno studiato gli effetti dell'eredità della vita psichica attraverso le generazioni. Il filo comune che lega le numerose ricerche e interpretazioni di questo processo sembra essere la mancata creazione di spazi intra/intersoggettivi di significati condivisi legati a certi contenuti psichici trasmessi in modo inconscio e congelati nel tempo. Il vuoto che si crea attraverso la mancata simbolizzazione e rappresentazione mentale dei contenuti negati può portare gli individui alle più svariate forme di coazione a ripetere, espressione della necessità di trovare significati come tessere mancanti di un puzzle.

In questo contributo verranno messe in rassegna teorie ed esperienze provenienti da tradizioni psicoanalitiche, dalla teoria dell'attaccamento e dalle più recenti scoperte in ambito neurobiologico che convergono in punti di riflessione simili.

Trauma e dissociazione, dalla psicoanalisi alle neuroscienze

Sul trauma e le sue conseguenze patologiche si è discusso fin dagli albori della psicologia, si potrebbe dire che la psicologia stessa è nata su questa spinta dai primi studi di Freud sull'isteria. In questa sezione analizzerò come la ricerca neuroscientifica abbia validato una corrente di pensiero psicoanalitico che a partire da Ferenczi a Bromberg si è distaccato dalla tradizione freudiana che privilegiava l'aspetto fantasmatico del trauma, e la rimozione come difesa in favore della realtà del trauma relazionale e del suo ruolo nella genesi della dissociazione come difesa massiva più arcaica.

Il cervello traumatizzato: la neurobiologia relazionale

Le ricerche degli ultimi trent'anni (dall'introduzione delle tecniche di *brain imaging* agli inizi degli anni '90) dimostrano come per una disconnessione fra strutture superiori e inferiori del cervello i ricordi traumatici possono non essere registrati correttamente. Un evento che porta a una sovrastimolazione dell'amigdala provoca una cascata di effetti che inficiano l'ippocampo nelle sue funzioni implicate nel corretto processo mnemonico (Van der Kolk, 2014). In particolare nei primi tre/quattro anni di vita in cui l'ippocampo non ha ancora raggiunto la maturazione, si è visto che quello che possiamo ricordare è la qualità degli eventi, non contestualizzati o inseriti in uno schema di significato, cosicché in caso di stress ripetuto e

prolungato il funzionamento dell'ippocampo può danneggiarsi irrimediabilmente, creando dei ricordi difficilmente collocabili in una narrazione cronologica organizzata, ma fissati come emozioni e sensazioni collegate all'evento (Van der Kolk, 2014).

I ricordi traumatici, quindi, possono sfuggire al ricordo volontario, abitando una dimensione temporale propria e disconnessa dal soggetto cosciente, non essendo rappresentati in una cornice di significato personale, cadono nell'oblio o emergono improvvisamente con quella caratteristica intrusiva descritta tra i sintomi del PTSD, lasciando il soggetto in una condizione di instabilità tra reale e irreale che Dory Laub chiama "sensazione di sapere-non sapere" (Mucci, 2008). Gli studi sulle memorie traumatiche ci aiutano a capire quindi come una parte di esperienza rimanga esclusa dalla coscienza e, in particolare, disconnessa dalle funzioni superiori legate al linguaggio. Numerose ricerche (Putnam, 1997; Shore, 2009) dimostrano come esperienze che soverchiano le capacità difensive dell'individuo inibiscono l'attivazione della risposta adattiva di attacco/fuga sostenuta dal sistema nervoso, attivando un tipo di difesa più arcaica: la disattivazione delle connessioni cerebrali superiori e l'attivazione del nervo vago dorso-laterale. In situazioni in cui fuggire o reagire risulta impossibile l'unica disperata risorsa che mette in scena il sistema nervoso è l'immobilità catatonica in uno stato di morte apparente con il fine di evitare il dolore di un trauma imminente (Liotti, 2011).

Questa disconnessione tra livelli superiori e inferiori del cervello impedisce l'integrazione dell'esperienza nel registro psichico e causa discontinuità e frammentazione della coscienza e della memoria (Van der Kolk, 2014). La risultante esperienziale è una dissociazione nella quale l'Io si scinde non trovando più una coerenza e la possibilità di una narrazione della propria esistenza.

Nei casi più gravi di ripetuti eventi traumatici, possiamo ritrovare le conseguenze nelle parole di Liotti e Farina (2011): "è possibile ritenere che il ricorso continuo a processi dissociativi di distacco durante lo sviluppo, per il ripetersi di minaccia insostenibile, insieme ad altri meccanismi patogenetici, possa ostacolare in

maniera permanente la capacità integrativa dell'individuo provocando la dissociazione strutturale della personalità" (p.42).

Dalla rimozione alla dissociazione, dal fantasma al reale

"La scoperta della realtà del trauma e degli effetti a esso connessi, ossia la sua storicizzazione, è la premessa per chiarire e rendere comprensibile le sue elaborazioni secondarie e le sue trasformazioni attraverso fantasie e significati inconsci. Per storicizzazione si intende anche il riconoscimento del fatto traumatico e dell'esperienza individuale (...). Una ricostruzione deve essere in accordo con la realtà effettuale del trauma del paziente e deve cogliere la realtà del trauma del paziente" (Bohleber, 2007).

L'ex presidente dell'associazione psicoanalitica tedesca Werner Bohleber riabilitava così al congresso di Berlino del 2007 l'importanza della realtà esterna, il cui primato sembra essere stato adombrato dalla psicoanalisi classica già a partire da Freud. La dialettica sulla realtà o fantasmaticità del trauma rimanda al difficile discorso sulla eziologia del trauma che fu materia di dissidio tra Freud e Ferenczi, la cui concettualizzazione dell'esperienza traumatica fu fortemente osteggiata dal maestro. Scrive in una lettera a Freud il 25 dicembre 1929: "Il giudizio critico che sono andato via via formandomi durante questo periodo è che la psicoanalisi affronta in modo troppo unilaterale le analisi di nevrosi ossessive o analisi di carattere, cioè la psicologia dell'Io, trascurando la base organico-isterica dell'analisi; la causa di ciò va cercata nel fatto che nella patogenesi il fantasma viene sopravvalutato, mentre la realtà traumatica è sottovalutata" (Dupont, 198, p. 25-41).

La critica dello psicoanalista ungherese a Freud non comprende soltanto la clinica, ma tutta la metapsicologia e la teoria classica sul trauma che indicava nella rimozione e nel conflitto intrapsichico il centro della difesa nevrotica e quindi il primato del "fantasma". Nel famoso articolo "Confusione delle lingue tra adulti e bambini" Ferenczi (1932), con incredibile anticipo sui suoi tempi, identifica un altro sistema di difesa che già era stato affrontato da Janet: il trauma reale provocherebbe una dissociazione nella personalità dell'individuo,

soprattutto se l'aggressione viene fatta all'interno della vita domestica del bambino (Mucci, 2008). "Questa stessa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri, identificandosi completamente con l'aggressore" (Ferenczi, 1932).

La dissociazione quindi si pone come una difesa più arcaica e più estrema rispetto alla rimozione, e i due processi psichici hanno conseguenze diverse sull'organizzazione mentale, dove la rimozione considera un trasferimento "orizzontale" del rimosso nell'inconscio dinamico, mentre la dissociazione in modo "verticale" scinde stati diversi dell'Io provocando lo spostamento di contenuti mentali in coscienze parallele (Lingiardi, 2011).

Attribuendo un'importanza cruciale agli oggetti esterni nell'organizzazione mentale del bambino, Ferenczi pone l'accento su due concetti, l'identificazione e la scissione. Il dramma del trauma si svolge dunque in più scene, dopo la violazione psichica, il diniego da parte dell'adulto della disperazione del bambino. Questa mancata possibilità espressiva appunto produce una squalifica e una smentita del pensiero e degli affetti del bambino che, come difesa ultima, scinde una parte della propria integrità. La confusione delle lingue consiste nella distonia fra il linguaggio dell'adulto e quello della tenerezza del bambino, rompendo la fiducia e sostituendola con paura, delusione e dolore. In un primo momento il bambino si sottomette ai desideri dell'adulto non potendo difendersi e, trovandosi di fronte ad un vuoto, non può far altro che colmarlo introiettando la figura dell'aggressore come "oggetto cattivo", in particolare il senso di colpa che porta come un fardello insopportabile. Ma la drammaticità dell'effetto traumatico si presenta soprattutto in un secondo momento: il diniego e la disconferma di quanto accaduto interrompe il processo introiettivo e paralizza il fluire del pensiero, proibendo al bambino non solo l'utilizzo di una narrazione, ma anche la possibilità di farne una rappresentazione interna, e le parole e emozioni rimangono sotterrate. Come vedremo più avanti Ferenczi nella clinica trova un'analogia con la relazione terapeutica, in

cui la smania di interpretare da parte dell'analista incontra la sottomissione nevrotica di certi pazienti (Mucci, 2008).

Nelle più recenti correnti di pensiero di stampo relazionale Bromberg (2011) propone una teoria clinica che fa della dissociazione il suo punto cardine dello sviluppo mentale non solo patologico. Secondo l'autore la mente umana non si configurerebbe come una entità unitaria ma come una molteplicità di stati discontinui e discreti: "Gli stati del Sé sono ciò di cui è fatta la mente. La dissociazione è ciò che la mente fa. La relazione fra stati del Sé e dissociazione è ciò che la mente è" (p.2).

In uno sviluppo sano la dissociazione avrebbe una funzione normale e potenzialmente adattiva nella dialettica tra gli stati multipli del Sé, mantenendo una coerenza e una stabilità interna. Bromberg, in continuità con gli studi di Allan Shore (2009), sostiene che affinché l'individuo possa affrontare le mutevoli e continue richieste dell'ambiente, utilizza il processo dissociativo per rendere flessibile la relazione fra gli stati del Sé: "è ciò che conferisce a un individuo la straordinaria capacità di negoziare tra carattere e cambiamento: di rimanere cioè se stesso nel cambiamento; ed è questa relazione a determinare quello che intendiamo quando parliamo di conscio e inconscio" (p.2). Quando questa continuità diventa troppo pericolosa per essere mantenuta, quando emozioni e cognizioni colludono in una incompatibilità strutturale, le capacità di elaborazione simbolica del soggetto non sono più sufficienti, con il risultato di una dissociazione patologica come difesa della dissoluzione traumatica (Bromberg, 2011).

Con questo processo la mente si difende dall'invalidazione e dalla disconferma dei significati relazionali raggiunti creando quel vuoto dissociativo di cui parlava Ferenczi, e particolarmente patognomico se contestualizzato nelle relazioni primarie, poiché il bambino può arrivare a invalidare la propria identità (Lingiardi, 2011)

Trasmissione transgenerazionale del trauma

Si è descritto gli effetti di un evento traumatico sul funzionamento mentale e fisico di chi lo subisce. Le recenti ricerche neuroscientifiche e

una certa corrente psicoanalitica che, da Ferenczi a Bromberg, ritiene come esito patologico di un trauma la dissociazione per processi sia neuroendocrini che rappresentazionali. Vediamo ora come questi effetti possono essere ereditati dalle generazioni successive avvalendoci dei contributi della teoria dell'Attaccamento e della Scuola francese Psicoanalitica Transculturale.

Sintonia e distonia, il contributo della Teoria dell'attaccamento

L'ostracismo da parte della comunità psicoanalitica verso la teoria dell'attaccamento sembra finalmente concluso. In particolare, le correnti relazionali psicoanalitiche, integrando conoscenze interpersonali americane e relazioni oggettuali di scuola britannica, teorizzano un sistema motivazionale primario non teso a soddisfare pulsioni ma a stabilire relazioni (Lingiardi, 2011). Questo principio era alla base dello straordinario lavoro che Bowlby stava svolgendo alla fine degli anni Quaranta, quando divenne persona non gradita alla comunità psicoanalitica britannica per le sue affermazioni, in cui sosteneva che il comportamento disturbato del bambino è da considerarsi come una reazione a eventi di vita reali, trascuratezza e separazione, piuttosto che come risultato di fantasie sessuali infantili (Van der Kolk, 2014). Nel bambino, attraverso le relazioni primarie, si sviluppano delle strutture di memoria e di aspettative in base ai diversi atteggiamenti delle figure di attaccamento nel rispondere alle richieste di cura che Bowlby ha chiamato Modelli Operativi Interni (MOI). I MOI si stabilizzano alla fine del primo anno di vita attraverso memorie implicite dell'interazione con il caregiver che si sedimentano nella memoria implicita.

Particolarmente importante per questo lavoro è il MOI dell'attaccamento disorganizzato elaborato da Main e Solomon, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta, che molte ricerche considerano alla base di una struttura mentale che tende alla risposta dissociativa a eventi traumatici (Liotti, 2011). In questi modelli relazionali si può notare come la madre abbia sentimenti e comportamenti contraddittori rispetto al figlio, interazioni cariche di quei "doppi legami" che Bateson

(1956) ha descritto magistralmente nell'ambito della ricerca sulla comunicazione. Molti studi (vedi, per esempio, Lyons-Ruth et al., 1991; 1999; Lyons-Ruth e Jacobvitz, 2008) hanno evidenziato come madri con traumi non risolti nella propria storia personale siano meno capaci di sintonizzarsi - sufficientemente bene direbbe Winnicott (1965) - con il bambino, non riuscendo a trovare una regolazione emotiva e di conseguenza lasciando il figlio in balia delle proprie sensazioni senza contenimento. Nello specifico possiamo dire con Liotti (2011) che una madre che non riesce a svolgere la funzione di regolazione a causa delle proprie problematiche o che trascura il bambino (*neglect*), può indurre effetti negativi sul suo sviluppo perché:

- non è capace di proteggerlo da fattori ambientali pericolosi,
- trovandosi emotivamente inaccessibile, può fornire risposte inappropriate o respingenti rispetto alle emozioni del bambino, il quale non può trovare quella funzione regolatrice di riduzione dell'arousal,
- induce livelli disadattivi di stimolazione.

Con il passare del tempo, il bambino crescendo, nel caso di genitore spaventato/spaventante, sviluppa la tendenza cognitiva a dissociarsi come difesa da elementi ambientali stressogeni. Secondo Kernberg (1984) questo meccanismo può essere alla base della tipica tendenza alle difese dissociative dei borderline e molte ricerche (Liotti, 1999) ritengono che le difese dissociative si stabiliscano tra i 12 e i 18 mesi, proprio nel periodo di massima intensità per la regolazione madre-bambino e lo sviluppo cerebrale. In questi casi, dunque, l'eredità patologica del trauma passerebbe attraverso la non capacità della madre di sintonizzarsi con il bambino; molte delle difficoltà della madre di rispondere ai bisogni del figlio derivano dalle sue difese contro il riconoscimento e la comprensione di emozioni simili negative proprie. Le espressioni di dolore e disagio del bambino possono rimandare il caregiver a esperienze del suo passato che sono state dissociate o rimosse alla coscienza tanto da non riconoscerle nel bambino (Van der Kolk, 2014). Numerose ricerche suggeriscono come un attaccamento disorganizzato comporti delle difficoltà relazionali, scarsa capacità di

regolazione delle emozioni legate allo stress, e nelle difficoltà cognitive generali e nelle capacità di mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2004). Queste problematiche, già nelle prime teorizzazioni di Bowlby, sarebbero alla base di rappresentazioni di sé distorte e disadattive. Se i MOI si formano in relazione alla qualità dello sguardo del caregiver, allora anche l'introiezione e la percezione del Sé del bambino sarà sulla stessa lunghezza d'onda. Scrive Bowlby (1969): "Probabilmente il modello della figura di attaccamento e il modello dell'io si sviluppano in modo da essere complementari e da confermarsi a vicenda. Così è facile che un bambino che non è stato desiderato non solo non si senta non voluto dai genitori, ma pensi anche di essere essenzialmente poco desiderabile, cioè di non essere voluto da tutti" (p.112).

L'eredità della vita psichica in psicoanalisi: la Scuola Francese

L'interesse della tradizione psicoanalitica per la trasmissione intergenerazionale è presente da sempre; già Freud nelle ultime pagine di Totem e Tabù (1913) scrive: "Possiamo formulare l'ipotesi che nessuna generazione sia in grado di nascondere alla generazione successiva processi psichici di una certa importanza. La psicoanalisi ci ha infatti insegnato che ogni uomo possiede nella sua attività psichica inconscia un apparato che gli consente di interpretare le reazioni di altri uomini, ossia di far recedere le deformazioni che l'altro ha imposto all'espressione dei propri impulsi emotivi. Su questa stessa strada (...) può essere riuscito a generazioni successive di fare propria l'eredità emotiva delle generazioni precedenti" (p.160).

Altri autori dopo Freud studiano le dinamiche che si tramandano dai padri ai figli. Abraham e Torok (1987) parlano di fantasma transgenerazionale, intendendo un segreto familiare che si tramanda e blocca quello che i due autori definiscono "processo vitale di identificazione", creando una "cripta" in cui il segreto diventa inaccessibile alla narrazione. Questi autori fanno riferimento anche a una "rimozione conservativa" in opposizione alla rimozione dinamica freudiana, che a loro avviso proteggerebbe l'individuo dagli effetti del trauma (Abraham, 1987). Ma è in particolar modo la

scuola francese che ha fornito il maggior contributo sull'argomento, con autori come Kaës e Faimberg che condividono la ricerca teorico clinica sui gravi disturbi psicotici e disturbi di personalità narcisistica e borderline. Pur differenziandosi nel particolare processo, questi ricercatori partono da punti comuni: entrambi notano nella clinica come all'origine della sofferenza vi sia una non-trasmissione o una trasmissione difettosa di processi psichici defantasmatici e impregnati di concretezza, che vengono innestati in senso verticale nel soggetto più idoneo (ad es. dalla madre al figlio più fragile) (Faimberg, 1993). Questo movimento avviene attraverso meccanismi manipolatori per cui il materiale espulso dalla psiche genitoriale si innesta nel figlio che viene delegato ad un lavoro psichico non elaborato e non elaborabile. In questa prospettiva i disturbi psicotici non sarebbero il risultato di conflitti intrapsichici fra difese e impulsi o da carenze nell'accudimento, ma piuttosto manifestazioni di pattern relazionali conflittuali in cui identificazioni segrete e inquinanti passano attraverso le generazioni (Faimberg, 1993).

La teorizzazione del trasporto o potenziale patologico si distingue dunque dal concetto di identificazione proiettiva, poiché quest'ultima opera a breve termine su processi pulsionali come affetti e pensieri temuti dall'Io che vengono evacuati, il trasporto invece prevede un rifiuto e un'espulsione, dopo un lungo periodo di trasformazione disadattiva, intere sequenze di processi psichici volti all'agire. "L'identificazione proiettiva rimane dunque una via mentalizzata, mentre il trasporto è principalmente agito" (Kaës, 1993, p.30).

Il contributo al dialogo sulla trasmissione psichica di René Kaës (1993) verte sul concetto della psiche come produzione intersoggettiva. Kaës parte dal presupposto che ogni individuo sia contemporaneamente anello-servitore ed erede-beneficiario del contesto gruppale da cui proviene (ibidem) e da questo dipende la qualità della formazione della propria psiche e del proprio inconscio attraverso catene di trasmissione e circolazione di contenuti psichici. Proprio perché servitore ed erede di desideri non realizzati, rinunce e rimozioni di fantasmi nella storia dei suoi predecessori, il soggetto eredita i riferimenti identificatori, le difese e i parametri

dell'ideale, insieme alla costrizione a rimuovere contenuti mitici e ideologici. Kaës aggiunge che, come il narcisismo del bambino si basa su ciò che manca alla realizzazione dei desideri genitoriali, così la trasmissione si sedimenta a partire dal negativo, cioè da elaborazioni che non sono avvenute o avvenute difettosamente, che con la modalità del segreto sono rimaste incistate o assenti nelle rappresentazioni mentali del contesto intersoggettivo.

La catena di trasmissione avviene secondo Kaës in due modalità possibili, a seconda che gli oggetti del contenuto siano trasformabili o non trasformabili. I primi vengono elaborati in modo adattivo dalla famiglia e vanno a formare la base della narrazione familiare, i secondi invece si conformano come affetti e significati grezzi, oggetti inerti e bizzarri non integrati, che tendono a disturbare il processo di trasmissione di significati e che possono essere solo trasfusi attraverso le generazioni. L'autore francese in un complesso lavoro sui legami parla di "patto denegativo" come una serie di accordi che si realizzano all'interno di un gruppo (la famiglia principalmente) al fine di costruire e mantenere i legami. Il patto denegativo consisterebbe in un tipo di alleanza inconscia attraverso la quale il gruppo definisce le rinunce, le cancellazioni e i rifiuti, decide dunque gli oggetti da lasciare da parte. Questo patto si basa infatti sulla proibizione di esprimere determinati desideri e bisogni che potrebbero minare la stabilità della comunità, creando delle zone di silenzio come discariche tossiche, le quali lascerebbero il soggetto estraneo alla propria storia. Il patto denegativo può avere anche una funzione adattiva però, proteggendo i membri dall'espressione repentina di materiale troppo difficile da metabolizzare, in attesa di momenti più adatti per rielaborare e permettere una rappresentazione psichica. Questo processo può allora nascere da un'esigenza di difesa che, se inizialmente protegge il nucleo familiare, col passare del tempo può mantenersi anche quando la minaccia non esiste più, incistandosi in una modalità patologica di comunicazione e mancata simbolizzazione.

Scriva Kaës (1993): "Le alleanze difensive hanno un prototipo al quale ho dato il nome di patto denegativo. Il patto denegativo qualifica un accordo inconscio, imposto o concluso reciprocamente tra soggetti, affinché il legame

che contraggono si organizzi e si mantenga nella complementarità degli interessi di ciascun soggetto. Il patto denegativo si fonda su diverse operazioni congiunte e correlative: di rimozione, di denegazione o di diniego, di disconoscimento, di rigetto o di incistamento. Queste operazioni non sono necessariamente simmetriche: l'uno rimuove, l'altro denega; l'uno si serve dell'altro come depositario di oggetti arcaici, l'altro li rigetta o li incista in sé (p.30).

Conclusioni, riflessioni sulla clinica

Abbiamo visto in questo lavoro come gli effetti di esperienze traumatiche portino a una dissociazione di elementi non metabolizzati e non mentalizzabili da parte del soggetto che ne viene investito. Un genitore che porta con sé un tale carico di sofferenza può tramandarlo in eredità ai figli con i meccanismi che abbiamo visto. In questi genitori è facile trovare organizzazioni narcisistiche che li porta a riconoscere soltanto ciò che è simile a loro stessi e a negare quanto del figlio non è conforme ai loro desideri inconsci, adombrando così non solo la soggettività e creatività del figlio ma lo stesso confine tra loro.

Numerose ricerche (Bateman e Fonagy 2004) hanno infatti trovato evidenze sulla correlazione tra attaccamento disorganizzato e personalità di tipo borderline, dove una delle caratteristiche tipiche di questa organizzazione è la non capacità di stabilire dei confini chiari sé-altro. Le relazioni che si creano sono dunque rigide, non consentono il riconoscimento e l'assimilazione, una rigidità che viene agita nella relazione intersoggettiva e che riflette le stesse rigidità dei processi intrasoggettivi dei genitori.

L'investimento narcisistico del genitore è spesso l'esito del medesimo diniego o rigetto che essi operano nei confronti dei propri affetti, in questo modo ciò che di se stessi presentano al figlio è ciò che non possono ospitare in sé, e viene trasmesso in linea verticale come agiti non mediati dalla parola e privi della possibilità di trasformazione. Per quanto riguarda la clinica, molti autori considerano essenziale la relazione tra terapeuta e paziente come strumento privilegiato di intervento. Già Ferenczi (1932) riteneva che contenuti scissi, non mentalizzati e impossibili da verbalizzare emergerebbero nel

setting come agiti nei confronti del terapeuta. In questo quadro possiamo notare negli ultimi anni approcci clinici di stampo relazionale e interpersonale che valutano più cautamente l'utilizzo dell'interpretazione, ritenendo che il lavoro sostanziale lo faccia il terapeuta con le sue esperienze e con la sua capacità di contenere gli affetti scissi del paziente, il quale non potendo accedere al mondo verbale per descrivere i propri aspetti dissociati li agisce nella relazione attraverso *enactment*.

Ci dice Bromberg (2006): “Nella sua forma più generale (e, lo riconosco, ipersemplificata) il mio pensiero è che l'uso che l'analista fa della propria esperienza soggettiva alimenta un processo reciproco che promuove, a sua volta, il coinvolgimento attivo del paziente negli stati della mente dell'altro. Questa reciprocità permette a un paziente di fare esperienza dei suoi stati del Sé, dissociati ma contenuti nella mente di un altro. Il cuore del lavoro, a questo punto, è la negoziazione tra soggettività, non l'interpretazione” (p.74). Gli *enactment* danno quindi la possibilità alla coppia terapeutica di giocare nel teatro del setting le dinamiche del passato rendendole pensabili, dal momento che nell'azione c'è una prima rappresentazione implicita dell'evento e dei contenuti disturbanti. Gli *enactment* sono quindi diversi dalle identificazioni proiettive, perché come ci ricorda Gabbard (1995): “l'enactment implica un'azione” (p.478), questo ci permette anche di considerare una clinica in cui gli agiti e la messa in atto degli elementi scissi non solo vengono tollerati ma divengono strumento prezioso del terapeuta. Sempre nell'ambito delle correnti psicoanalitiche relazionali sia Bromberg che Shore ritengono che il terapeuta diventi una sorta di caregiver in grado di creare, grazie alla propria esperienza quella regolazione affettiva che è mancata o è stata inquinata da contenuti mentali dissociati.

In questo modo si favorirebbe il processo trasformativo verso la consapevolezza e l'integrazione degli stati “non-me” (Bromberg, 2011). Bateman e Fonagy (2006) hanno avanzato l'ipotesi che traumi psicologici precoci o nel corso della prima infanzia minerebbero il normale sviluppo cognitivo dando vita a disturbi di personalità. Rifacendosi alla teoria dell'attaccamento ritengono che l'armonia nella relazione con il caregiver favorisce lo sviluppo

del pensiero simbolico e la presenza di una base sicura contribuisce al processo di mentalizzazione: una forma di attività mentale immaginativa, rappresentazionale e preconsa definita come la capacità di concepire se stessi e gli altri come esseri dotati di pensieri, credenze, desideri e sentimenti, nonché di comprendere e spiegare il comportamento in termini di stati mentali intenzionali. Riconoscere un fallimento della mentalizzazione e incrementare i processi riflessivi nel paziente divengono, quindi, nuclei centrali del trattamento terapeutico, al fine di stimolare un progressivo recupero di tale capacità.

Riferimenti bibliografici

- Abraham, N., e Torok, M. (1987). *La scorza e il nocciolo*. Roma: Borla.
- Bateman, A.W., e Fonagy, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Cortina.
- Bohleber, W. (2007). Ricordo trauma e memoria collettiva. La battaglia per il ricordo in psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 53, 2, aprile-giugno.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bromberg, P.M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*. Milano: Cortina.
- Bromberg, P.M. (2006). *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Milano: Cortina.
- Bromberg, P.M. (2011). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Milano: Cortina.
- Dupont, J. (1985). *Sándor Ferenczi, Diario Clinico, gennaio-ottobre 1932*. Milano: Cortina.
- Lingiardi, V. et al. (2011). *La svolta relazionale*. Milano: Cortina.
- Ferenczi, S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. *Fondamenti di psicoanalisi*. Rimini: Guaraldi, vol. 3.
- Kaes, R., Faimberg, H., Enriquez, M., e Baranes, J.-J. (1993). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Roma: Borla.
- Kernberg, O. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti, G. (1999). Disorganizzazione dell'attaccamento e patologia dissociativa. In J. Solomon e C. George (a cura di), *L'attaccamento disorganizzato*, 291-317. Bologna: Il Mulino.
- Liotti, G., e Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Cortina.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., e Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability in maternal and infant correlates and risk related subtypes. *Developmental and Psychopathology*, 4, 377-396.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., e Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and

- disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 3, 67-96.
- Lyons-Ruth, K., e Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy e P. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment theory, research and clinical applications (Second Edition)*, 666-697. New York: Guilford Press.
- Mucci, C. (2008). *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*. Roma: Borla.
- Putnam, F. (1997). *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Roma: Astrolabio.
- Shore, A.N. (2009). Attachment trauma and Developing of Right Brain: origin of Pathological Dissociation. In P. Dell e J.A. O'Neil (a cura di). *Dissociation and Dissociative Disorder: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- Van der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Cortina.

NON SONO WINNICOTT

ESSERE SE STESSI IN PSICOTERAPIA: UN APPROCCIO COMPARATO

di Silvia Sellito
Psicologa Psicoterapeuta

I aim at keeping alive (...) I aim at being myself and behaving myself
Winnicott, 1962, p.213

Allorché svolgo una psicoanalisi io miro a: stare vivo (...) miro a essere me stesso e a comportarmi di conseguenza (Winnicott, 1962, p.213).

Con queste parole Winnicott introduce la sua presentazione e discussione degli scopi del trattamento psicoanalitico, molto coraggiosamente, aggiungerebbe Heimann, perché molti sono “i pericoli e le trappole” per il terapeuta che segue questa strada (1978, p.239).

La soggettività del terapeuta nel processo psicoterapeutico e la matrice relazionale di tale soggettività si sono fatte sempre più ineludibili negli ultimi decenni, coccolate dalle neuroscienze, dalla biologia interpersonale e dagli affascinanti risultati nell’ambito dell’*infant research*, tanto da richiedere al terapeuta di affrontare la questione della propria posizione etica e responsabilità personale all’interno del processo terapeutico (Hoffman, 2000). Di fronte alla complessità crescente, molti autori sembrano aver rivolto uno sguardo speranzoso all’essere se stessi e alla vitalità propugnati da Winnicott, sguardo che si è illuminato diversamente a seconda dell’impostazione teorica adottata.

Cosa vuol dire, dunque, per un analista e uno psicoterapeuta, essere se stessi nel proprio lavoro? È davvero un cammino così accidentato e rischioso? Perché? Come denominare, definire, concettualizzare ed eventualmente operationalizzare questo essere vivi, questo essere se stessi in psicoterapia? Sicuramente la questione è estremamente complessa e difficile da definire (Bader, 1995), ma non più rinviabile. Pertanto, questo articolo affronterà, attraverso un approccio comparato, il ruolo della

soggettività del terapeuta, la questione del suo “esserci” in un campo intersoggettivo e infine l’autenticità come una delle proposte che diversi approcci hanno avanzato per una possibile declinazione terapeutica di questo “esserci”.

“L’universo è fatto di storie, non di atomi” (Rukeyser, 1992)

Alla metà degli anni ‘70, Tronick e colleghi misero a punto un paradigma sperimentale (Tronick, Adamson, Als, e Brazelton, 1975) che avrebbe sostenuto un nuovo e sempre più diffuso modo di vedere i neonati come soggetti attivi, co-autori delle proprie interazioni e relazioni sociali (Stern, 1974; Trevarthen, 1977; 1998; Tronick, 1980; Tronick et al. 1975) e capaci di mutua regolazione.

Durante la procedura, accuratamente registrata da due telecamere, madre e figlio (1-4 mesi) siedono l’uno di fronte all’altra per pochi minuti. Alla madre viene richiesto di interagire normalmente con il proprio figlio per tre minuti e successivamente, dopo una pausa di trenta secondi, di mostrarsi con un volto impassibile. Da qui il nome *Still Face Paradigm*.

La reazione osservata nel bambino, in questo tipo di situazione sperimentale, non è mai cambiata negli anni e nelle diverse parti del mondo in cui questo esperimento è stato più volte condotto (Adamson e Frick, 2003): dopo qualche vano tentativo di recupero dell’interazione con la madre, si osservano in genere segni di disagio come smorfie, urla, contorcimenti, pianto e infine distoglimento dello sguardo. L’intero corso dell’esperienza di

quell'interazione (Winnicott, 1941) è interrotto e la sua continuità è spezzata dalla rigidità e non responsività del volto della madre, con evidente disagio del bambino. I risultati dello *Still Face Paradigm* sono stati infatti paragonati agli effetti negativi della depressione materna sullo sviluppo socio-emotivo del bambino, in particolare sulla sua capacità di regolazione affettiva (Cohn e Tronick, 1983; Feldman et al., 2009).

Si può concludere, quindi, che il bambino non rimane passivo, anzi cerca proattivamente la relazione, sviluppando così le proprie capacità di regolazione affettiva nella relazione (Baradon et al. 2016; Beebe e Lachmann, 1988; 2013; Gerhardt, 2014). Tali capacità sono considerate attualmente i capisaldi di uno sviluppo integrato della persona (Fonagy, 2008; Schore, 1994; 2001) e *core capabilities for life* (Center on the Developing Child at Harvard University, 2016): come diverse ricerche hanno validamente mostrato, l'acquisizione di tali competenze, nei primi anni di vita, attraverso l'interazione con un caregiver responsivo e adeguato, correla negativamente con l'emergenza di una psicopatologia in età adulta (Baker e Hoeger, 2012; Beebe e Lachmann, 1988; Center on the Developing Child at Harvard University, 2015) e positivamente con la capacità di ricercare aiuto in caso di difficoltà di auto-regolazione in situazioni di stress ed esperienze traumatiche (Beebe e Lachmann, 2013; Van der Kolk, 1996). La relazione, inoltre, non sembrerebbe così determinante solo nei primi anni di vita del bambino, ma anche successivamente in età adulta. Diverse ricerche sui fattori comuni alle psicoterapie hanno infatti mostrato come la relazione, insieme a determinate caratteristiche della personalità del terapeuta, sembri correlare positivamente con un miglioramento nelle competenze auto-regolative del paziente e in generale con l'efficacia terapeutica del trattamento a prescindere dall'approccio utilizzato (Lambert e Barley, 2001; Luborsky et al., 2002; Rosenzweig, 1936).

“There is no such a thing as an individual” (Winnicott, 1940-1965)

La guerra, le esperienze di Spitz (1946) e Anna Freud negli orfanotrofi di Londra (Freud e Dunn, 1951; Freud et al., 1973), le osservazioni di

Bowlby (1954; 1956) e Winnicott (1941; 1971) su neonati e bambini nel loro rapporto con la madre fecero luce su aspetti all'epoca ancora sottovalutati dello sviluppo dell'individuo e mostrarono l'importanza, per esso, del contesto non solo “fisico” ma anche relazionale.

Altre stelle spuntarono e il *mito dell'individuo* (Benasayag, 2002) cominciò a crollare di fronte al campo di Lewin (1951), ai complessi sistemi di Bronfenbrenner (1979; 1994), e le nuove idee per un'ecologia della mente di Gregory Bateson (1973).

Infine, se consideriamo con attenzione la “svolta quantistica” (Born, 1982) e il principio di indeterminazione di Heisenberg (1930) insieme ai più recenti risultati provenienti dall'*infant research* (Beebe e Lachmann, 1988; 2013; Bloom, 2010; Brazelton e Nugent, 1995; Gopnick et al. 1999; Meltzoff, 1992 data), dagli sviluppi della teoria dell'attaccamento (Fonagy, 2018; Schore, 2008), dalle neuroscienze (Cozolino, 2017) e dalla neurobiologia interpersonale (Schore, 1994; Siegel, 2010; Tarlow et al. 2018), è difficile continuare a sostenere le tre muse della tecnica psicoanalitica classica di derivazione freudiana: neutralità, astinenza e anonimità (Freud, 1912; Hoffman, 2000; Ringstrom, 2012).

È ormai innegabile che:

1. il soggetto è ineliminabile e parte del sistema che esso stesso osserva, pertanto, concetti come oggettività e “uni-verso” diventano difficili da difendere mentre si apre lo spazio per la relatività, la soggettività e i “multi-versi” (Foerster, 1987; Schmid, 2001).
2. L'individuo come soggettività isolata e indipendente dalla relazione con l'altro diventa un mito difficilmente sostenibile a favore di una sua concezione fortemente relazionale. Il nostro cervello, ad esempio, completa la maggior parte del proprio sviluppo strutturale e funzionale nei primi tre anni di vita nell'interazione con le persone che si prendono cura di noi (Baradon et al., 2016; Gerhardt, 2014; Schore, 1994, 2001, 2008; Siegel, 2010; Stern, 1985).
3. Gli esseri umani sono animali sociali fin dal concepimento. Siamo fatti per interagire e ci sviluppiamo nell'interazione. Appena nati preferiamo la voce e l'odore della nostra mamma, siamo attratti da stimoli che ricordino il volto umano e facciamo di tutti

per richiamare l'attenzione di qualcuno in caso di necessità (Gopnick et al., 1999). Se non interagiamo, perché ad esempio veniamo trascurati, non ci sviluppiamo (Taylor, 1993), come ci mostra eloquentemente il famoso caso di Genie (Gerhardt, 2014), ma anche le depressioni anaclitiche descritte da Spitz (1946) e le tragiche storie dei neonati “nocentini” prestati dall'Istituto degli Innocenti e passati di famiglia in famiglia tra il '400 e il '500 per mantenere “funzionanti” le nutrici delle famiglie ricche (Viazzo et al., 1994).

Queste osservazioni, quindi, ci pongono necessariamente di fronte a importanti questioni sulla natura della mente umana e sulle condizioni di sviluppo della persona nel corso del suo intero *life-span* con importanti implicazioni per la teoria e la pratica psicoterapeutica.

“There is nothing as practical as a good theory” (Lewin, 1943)

Sono passati più di cento anni da quando Freud cercò di conferire un sapore scientifico di stampo positivista al suo impianto teorico e alla sua pratica (Hoffman, 2000; Orange, 1992). Si dice che Freud faticasse a controllare le proprie espressioni facciali (Ringstrom, 2015) per cui la soluzione del lettino sembrò la più congeniale al fine di ridurre al massimo le influenze del terapeuta e dare al processo terapeutico le sembianze di una ricerca sperimentale in cui le variabili potevano essere, quindi, tenute sotto controllo al fine di studiare, da “bravi scienziati”, in modo *affidabile, verificabile, riproducibile*, i fenomeni osservati e le relazioni di causa-effetto tra di essi (Bader, 1995; Kahn, 1996; Ringstrom, 2012).

Il tentativo di celare la soggettività del terapeuta dietro una cortina di ferro o comunque di limitarne l'influenza, se non i danni, rivelano nondimeno il riconoscimento, da parte di Freud, di un coinvolgimento dell'analista nel processo, e la concezione di esso come qualcosa di pericoloso (Hoffman, 2000; Modell, 1991). Mentre autori come Ferenczi (1985), Kohut e Rogers (Kahn, 1985), seppur in tempi e modi diversi, provarono a proporre una concezione più positiva e umana di tale coinvolgimento; lo

stesso non si può dire di altri analisti che snaturarono gli insegnamenti di Freud quando li “esportarono” in terra Americana (Hoffman, 2000; Ringstrom, 2015), una terra che tra l'altro Freud stesso non sembrava stimare molto per diversi motivi, tra cui l'obbligo di preparazione medica imposto all'aspirante psicoanalista e l'eccessivo interesse per i soldi, il lavoro, il consumismo e i barbecue selvaggi (Freud 1908-1939, 2001; Warner, 1991): fu lì che il mito dell'analista neutrale, anonimo e astinente, il cosiddetto schermo bianco, emerse fino a divenire quasi oggetto di idolatria ed elemento imprescindibile di ogni analisi ortodossa (Hoffman, 2000).

Il mondo, però, continuò a marciare e i terapeuti, si sa, come chiunque altro, sono figli del loro tempo: come si è precedentemente accennato, l'osservatore intrufolò il suo *naso sporco* nella stanza, fino ad allora considerata e *desiderata* aseptica, della ricerca scientifica (Heisenberg, 1930; Kohut, 1984, pp. 36 e 41 in Kahn, 1985), Kurt Lewin estese la teoria del campo alle scienze sociali (1943; 1951) e la Pragmatica della Comunicazione Umana cominciò velocemente a colonizzare gli scaffali degli *psi* con il suo inconfondibile assioma “è impossibile non comunicare” (Watzlavick, Beavin e Jackson, 1971).

Diventò difficile, se non impossibile, tornare indietro.

Impossibile non esserci

Mentre autori come Ferenczi, Rogers e Perls parlavano già da tempo, seppur in modi diversi, dell'importanza della soggettività del terapeuta e del suo ruolo all'interno del processo relazionale terapeutico e/o analitico, in ambito psicoanalitico classico ci volle del tempo perché si prendesse in considerazione l'idea che l'analista avesse un ruolo ineludibile nel processo, e come tale ruolo potesse prendere corpo. Il problema risiedeva nella spinosa questione relativa al rapporto tra reale e fantasmatico nella relazione tra analista e paziente e a quello che Stolorow e Atwood chiamarono “evitamento dell'insopportabile *embeddedness* dell'essere” (1992).

Fu soprattutto con Racker e la sua ricca concettualizzazione del controtransfert (1957)

che il mondo dell'analista sembrò prendere corpo e colore nel processo psicoanalitico. Così come il paziente, dice Racker, anche l'analista

“si trova sotto la pressione dell'es, del super-io e del mondo esterno; ognuna delle due personalità ha sue proprie dipendenze dall'interno e dall'esterno, le sue ansie e le sue patologiche difese; ognuna è anche un bambino con i suoi genitori interni; ed ognuna di queste due personalità - quella dell'analizzando e quella dell'analista - reagisce ad ogni accadimento nel contesto della situazione analitica” (Racker, 1968, p.177).

Il controtransfert divenne un oggetto di studio sempre più rilevante e la soggettività del terapeuta nella relazione col paziente messa al vaglio. Gradualmente vennero avanzate le prime critiche al concetto di schermo bianco e ammesso il ruolo attivo del terapeuta nel processo analitico.

“Quale accadimento, nel campo sotto esame, finisce per vincolarlo o aprirlo alla possibilità?” (Ringstrom, 2015)

Hoffman (2000) distingue due tipi di critica: conservatrice e radicale. La prima emerge da un pensiero dicotomico di stampo oggettivista: l'analista può (e deve), a differenza dell'analizzando, distinguere tra reale e transferale/controtransferale, tra il proprio contributo e quello del paziente, limitando così i danni del controtransfert. Il controtransfert viene considerato una *reazione* al transfert del paziente che il terapeuta può e *deve controllare* per evitare di influenzare il processo analitico e/o colludere con il paziente, ad esempio agendo conflitti inconsci, rispondendo a un ruolo (Sandler, 1976) o incarnando ruoli proiettati su di sé (Modell, 1991).

Winnicott parla, ad esempio, di quanto sia importante che l'analista sia in grado di distinguere tra odio oggettivo nei confronti del paziente e odio controtransferale al fine di aiutare il paziente stesso a fare questa stessa distinzione e, attraverso graduali frustrazioni nella relazione analitica, arrivare così a conoscere l'“amore oggettivo” (Winnicott, 1947, p.353).

La critica radicale nasce invece in seno ad un pensiero di tipo dialettico, promosso da analisti come Racker “in anticipo sul suo tempo, e forse anche sul nostro” (Hoffman, 2000, p.160), e viene ad oggi portata avanti da psicoanalisti di diversi approcci, tra cui in particolar modo gli interpersonalisti e i relazionali. Secondo questo tipo di critica la visione della realtà del paziente è tanto legittima quanto quella dell'analista, il quale non è nella posizione di valutare con precisione cosa egli e i suoi pazienti fanno e sentono (Hoffman, 2000), se non eventualmente, e comunque parzialmente, a posteriori (Stern et al., 1998; Stolorow, Atwood e Brandchaft, 1994); inoltre, l'analista non può evitare che la propria esperienza soggettiva *contamini* il transfert, il quale da alcuni autori è stato addirittura considerato una costruzione del terapeuta (Orange, 1994).

Il controtransfert sarebbe dunque inevitabile, non necessariamente dannoso (Aaron, 1991), anzi una risorsa per la comprensione importante (Wachtel, 2009), e per alcuni autori addirittura un fenomeno co-costruito col paziente (il c-transfert di cui parla Orange, 1994). Non sarebbe infatti soltanto *reattivo* ma anche *proattivo*, una sintesi della soggettività dell'analista e del suo essere presente nella situazione analitica in relazione dialettica con il transfert del paziente e la sua soggettività (Hoffman, 2000). Emerge così una “zona di irriducibile ambiguità e indeterminazione circa la natura della loro interazione e della reciproca influenza, una zona aperta a molteplici possibili costruzioni interpretative” (Hoffman, 2000, p.53).

Concludendo, entrambe le critiche allo schermo bianco, seppur seguendo approcci diversi e rispecchiando differenze specifiche tra i singoli autori, portano tutte con sé l'accettazione dell'influenza dell'analista sul processo e un passaggio da un modello *one person*, come nella psicoanalisi classica ortodossa, a un modello *two persons*, come nella psicoanalisi interpersonale, relazionale etc.

Come afferma Bader, “i teorici analitici sono sempre più scettici verso la possibilità di una qualunque posizione tecnica che si considera libera dall'influenza onnipresente della soggettività autentica, personale e multidimensionale dell'analista” (1995). Diventa quindi oggetto di acceso dibattito nel mondo

psicoanalitico la questione dell'autenticità del terapeuta (Renik, 1993), con molti anni di ritardo rispetto allo sviluppo del pensiero rogersiano e della terapia centrata sul cliente da lui fondata.

Accogliere l'altro o temere l'*embeddedness* del nostro essere?

Rogers apprezzava infatti già da tempo la validità della soggettività del cliente, criticava la superiorità della visione del terapeuta su quella del cliente (Kahn, 1996) e premeva perché il terapeuta stesse sullo sfondo, resistendo alla “più grande tentazione di ogni counselor (...) questa tentazione di interpretare troppo in fretta” (Rogers, 1942, pp.195-196) e seguendo i tre capisaldi della terapia centrata sul cliente - *acceptance*, comprensione empatica, considerazione positiva incondizionata - “di modo da non rubare il processo al cliente” (Brodley in Kahn, 2010, p.12).

Questo, secondo Kahn, non vuole dire che il ruolo del terapeuta non venisse riconosciuto da Rogers: questi, infatti, con Oliver Bown e Eugene Streich cominciò a descrivere, già nel 1945, il terapeuta come un soggetto che entra nella relazione secondo una modalità più piena e personale (Kahn, 2010). In particolare, nella terapia centrata sul cliente, sarebbe l'autenticità stessa del terapeuta - un atteggiamento fondamentale fondante ogni possibile incontro con l'altro (Schmid, 2001) - la condizione essenziale perché i tre capisaldi sopra menzionati possano dispiegarsi in una relazione che risulti terapeutica (Rogers e Sanford, 1984).

Afferma Brodley che “quando ti sforzi semplicemente a comprendere, quando rispondi sinceramente alle correzioni del paziente accogliendole e accogli sinceramente anche la persona davanti a te, i modi in cui le tue comprensioni empatiche vengono influenzate dai tuoi stessi *bias* ti diventano evidenti” (in Kahn, 1996, p.38).

Grant (1990) ritiene, infatti, che una terapia basata sulla riflessione dei sentimenti e tecniche non direttive, quale quella promossa da Rogers, è un “modo di essere, non un metodo, perché permette al terapeuta di dare risposte nuove, personali e non pianificate. Queste azioni spontanee e non sistematiche devono essere comprese come qualcosa che viene da qualcuno

in cui questo atteggiamento è profondamente radicato” (Grant, in Kahn, 2010, p.13).

Rogers sembrerebbe, quindi, essere avanti nei tempi, rispetto al mondo psicoanalitico, non solo per quanto riguarda il fondamentale ruolo della soggettività del terapeuta, ma anche in merito alla questione dell'autenticità di questi nel processo analitico (Renik, 1993), questione che invece la psicoanalisi avrebbe affrontato percorrendo una strada diversa, resa tortuosa e accidentata dal continuo evitamento della “insopportabile *embeddedness* dell'essere” (Stolorow e Atwood, 1992).

Essere se stessi: una possibile risposta

Di fronte al venir meno del concetto di individuo come soggetto *isolato*, insieme alla rivalutazione della sua connaturata intersoggettività e all'affermarsi della relazione come naturale *tessuto* della vita, la presenza del terapeuta e la sua soggettività sono diventate *fibra* talmente *ruvide* da non poter più essere ignorate (Renik, 1993). Diventa quindi inevitabile per ogni professionista “riconoscere la *embeddedness* dell'esperienza umana in un contesto intersoggettivo” (Stolorow e Atwood, 1992, p.22) e assumersi la responsabilità del proprio esserci nell'incontro con l'altro in seduta (Gemma Fiumara, 2009; Schmid, 2001; Wachtel, 1987), domandandosi *come esserci* affinché gli obiettivi terapeutici condivisi con il paziente vengano raggiunti. Come abbiamo visto, Winnicott proporrebbe di essere se stessi, parafrasabile come “essere autentici”, se si sceglie di sfruttare l'etimologia greca del termine “autenticità” (αὐτός=aggettivo rafforzativo, es. se stesso, proprio io, fatto da sé).

Mentre Rogers propugnava da tempo l'importanza dell'autenticità del terapeuta, questo aspetto cominciò ad essere sempre più dibattuto nel mondo psicoanalitico proprio quando Winnicott, Kohut e *the psychoanalytic baby watchers* diretti da Daniel Stern misero al centro delle loro teorie motivazionali la ricerca da parte del paziente di una conferma del proprio vero e autentico sé e di una sintonizzazione con esso (Bader, 1995, p.3). Il mito dell'analista neutrale aveva portato a considerare la soggettività dell'analista pericolosa e ogni sua possibile espressione una *crepa nello schermo bianco*,

rendendo così ogni discorso sull'autenticità futile o persino incontestabile.

Alcuni cambiamenti nella teoria e nella pratica clinica, tra cui l'entrata del soggetto nel sistema d'osservazione, l'estensione del trattamento psicoanalitico alle psicosi, l'utilizzo sempre più massiccio del vis-à-vis nel setting e il successo della teoria dell'attaccamento, spinsero diversi professionisti a porsi delle domande, ormai ineludibili, sul ruolo e sulla realtà della propria presenza (Gill, 1979, in Modell, 1991), del proprio corpo più o meno prestante, giovane o vecchio, attraente o ripugnante, forte o debole, del proprio mondo emotivo (Winnicott, 1947), della propria storia d'attaccamento (Fonagy, 1999), dei propri fantasmi (Fraiberg, Adelson e Shapiro, 1975). Il viso del terapeuta si muove, il suo cuore batte e... è impossibile non comunicare!

La critica allo schermo bianco e l'autenticità del terapeuta: implicazioni cliniche

La critica conservatrice allo schermo bianco (Hoffman, 2000) comportò un primo riconoscimento della ineludibilità della soggettività del terapeuta ma contribuì a mantenere stabile la distinzione tra la realtà e fantasmaticità, tra ciò che di essa è oggettivo e reale (Modell, 1991; Winnicott, 1947) e ciò che invece non lo è, ad esempio, è proiettato, transferale/controtransferale, oppure agito in virtù di una identificazione proiettiva (Heimann, 1950; Racker, 1968) o di una risposta di ruolo (Sandler, 1976). L'autenticità del terapeuta viene vista quindi come una sua fondamentale capacità di contatto con il proprio "vero sé", per utilizzare un'espressione di Winnicott, di "non collusione" con il paziente, di distinguere tra ciò che è proprio e ciò che è di qualcun altro.

L'autenticità sarebbe pertanto una condizione raggiungibile grazie a una profonda conoscenza di sé attraverso l'analisi ed un attento e onesto auto-ascolto (Freud, in Modell, 1991; Winnicott, 1965, p.159); inoltre, è qualcosa che va salvaguardato, ad esempio, per alcuni autori da attacchi o contaminazioni dei movimenti transferali del paziente, per altri da pericolose identificazioni proiettive, proprio come il germoglio di una pianta che, se ostacolato, deviato, oppresso, innaffiato troppo o troppo

poco, non cresce in modo autentico secondo il proprio programma di sviluppo originario, ma diventa uno storpio bonsai o comunque qualcosa che la sua vera natura non aveva previsto.

Riecheggiano così concetti importanti per la psicoterapia e la psicoanalisi come quello di *individuazione* (Jung, 1935-1985), *tendenza auto-attualizzante* (Rogers, 1984) e *vero sé* (Winnicott, 1960). L'idea di un qualcosa dentro di noi che rischia di venire bloccato, tarpato o deviato dalla sua natura e forza originaria è, quindi, condivisa da più autori, seppur declinata nella pratica clinica in modi diversi e unici a seconda della cornice teorica di riferimento e della personalità del terapeuta/analista (Greenberg, Watson e Liaeter, 1998; Liaeter, 1991).

Winnicott ritiene importante favorire la regressione del paziente per permettergli di riprendere il processo di sviluppo del suo vero sé dove si era interrotto a causa di un ambiente non sufficientemente buono (Mitchell, 1988), e perché questo accada, è necessario un *holding environment* (ambiente che contiene): l'analista deve stare attento a non interrompere il *going on being* (continuità dell'essere) del paziente, contenendo e rispondendo in modo adeguato, evitando interpretazioni per il gusto e piacere personale di interpretare (Winnicott, 1965) e distinguendo costantemente oggettivo e non oggettivo nella relazione con il paziente (ad esempio, odio e amore oggettivi e non oggettivi) per poterci poi *giocare* (Winnicott, 1947).

Rogers, invece, scegliendo il termine *cliente*, si distanzia dalla allora molto comune concezione infantilizzante e patologizzante di chi si rivolge alla terapia (Kahn, 2010): nella terapia centrata sul cliente questi non è un bambino divenuto un adulto deficitario di qualcosa, ma una *persona* che ha dentro di sé la capacità, latente se non evidente, di comprendere quegli aspetti della sua vita e di sé che gli stanno provocando dolore, e la capacità e la tendenza di riorganizzare sia se stesso che il suo rapporto con la vita verso l'attualizzazione di sé e la maturità, in un modo tale da raggiungere un maggior senso di benessere interiore. Il terapeuta deve, quindi, creare un'atmosfera tale da permettere a queste capacità e risorse di divenire effettive e non rimanere latenti o potenziali (Rogers, 1950, p.443) senza "fare qualcosa all'individuo o (...)

indurlo a fare qualcosa per se stesso”, ma “libera(ndolo) in vista di una crescita o di uno sviluppo normali” (Rogers, 1942, p.29; Brodley, 2000). Rogers ritiene che fenomeni regressivi, transferali e controtransferali, siano solo figli abnormi della pratica psicoanalitica e per questo dovrebbero essere evitati dal terapeuta attraverso sia alcuni accorgimenti pratici, come la riduzione della frequenza delle sedute e della lunghezza della terapia, sia l’assunzione, da parte del terapeuta, di un atteggiamento autentico che, per Rogers, è una combinazione di *congruenza* (il grado in cui il terapeuta ha accesso consapevole a, o è recettivo nei confronti di, tutti gli aspetti del proprio flusso esperienziale) e *trasparenza* (la comunicazione esplicita da parte del terapeuta al cliente delle proprie percezioni, dei propri atteggiamenti e sentimenti) (Liaeter, 1991).

Assumere questo atteggiamento non significa, però, che il terapeuta debba dire tutto quello che gli passa per la mente, significa piuttosto evitare “la tentazione di presentare una facciata o nascondersi dietro una maschera di professionalismo, o di assumere un atteggiamento confessionale-professionale” (Rogers, 1966, p.185, in Lietaer, 1991). Il terapeuta deve fare un passo indietro per non rubare la scena al cliente e assumere le responsabilità di un empatico e non giudicante *compagno di viaggio*.

La dimensione dell’autenticità orientata all’esterno, la trasparenza, avvicina Rogers ai più recenti approcci in ambito psicoanalitico che privilegiano la dimensione comunicativa e relazionale del processo analitico, l’*embeddedness* del terapeuta e l’aspetto di *esperienza emozionale correttiva* rispetto alla regressione, il transfert e l’insight che sarebbe possibile grazie all’interpretazione sporadica di un analista capace di trascendere il processo analitico.

Secondo Gendlin “il paziente non solo ripete, ma va oltre il ripetere. Non solo rive, ma vive (andando) oltre, se risolve i problemi esperienzialmente” (1968, p.222) e per poter vivere andando oltre c’è bisogno di qualcosa di più della neutra benevolenza (Wachtel, 1987). C’è bisogno che il terapeuta si presenti non come uno schermo bianco, ma tratti in modo trasparente, nel momento giusto, ciò che vive nell’interazione con il paziente ed esprima la propria versione dell’interazione. Questo modo di vedere le cose è osservabile nella psicoanalisi

interpersonale, intersoggettiva e relazionale, dove il controtransfert e la self-disclosure non sono più viste come una *crepa nello specchio* - o *schermo bianco* - ma come un aiuto al lavoro analitico (Hoffman, 2000; Maroda, 1991; Wachtel, 2009).

Qui entra in gioco la critica radicale allo schermo bianco (Hoffman, 2000) che valorizza la soggettività di entrambi i partner della relazione analitica e concepisce le soggettività in gioco come emergenti da un complesso processo di co-costruzione reciproca nella conversazione, nel dialogo. La loro espressività sotto forma di *enactments*, *self-disclosure*, umorismo e interventi improvvisati in pieno stile jazzistico non sono elementi di rischio ma opportunità per “vivere oltre”: l’autenticità non è più qualcosa da riscoprire, rivelare, rispolverare, supportare, come ad esempio nella terapia centrata sul cliente o di cui sostenere lo sviluppo bloccato o deviato grazie ad un ambiente facilitante come in Winnicott, ma qualcosa che emerge processualmente nell’interazione con l’altro (Ringstrom, 2012, 2015; Stern, 1998; 2007).

Tra crescita individuale e costruzione condivisa: la storia di un pensiero

Nei secoli, molti filosofi hanno dibattuto la questione dell’autenticità: da *status* conferito da una autorità esterna (come nel caso di una firma o opera d’arte autenticata da un organo esterno) a condizione raggiunta e raggiungibile internamente (Milnes, 2011). Questo significa che un individuo o un’opera d’arte sono in qualche modo *self-actualised*, autonomi and completamente realizzati.

“L’autenticità sarebbe determinata dalla relazione della persona con una essenza originale e legittimizzante, il proprio essere. Quindi differenziandosi dall’imitazione, simulazione, dissimulazione, impersonificazione, impostura, falso, contraffazione e mancanza di carattere o integrità” (Hartman, in Milnes 2011).

Il primitivismo dell’800 e la sua fascinazione per tutto ciò che era originale, non sovrastrutturato, non contaminato dalla storia degli uomini che sono venuti dopo “il paradiso primigenio” (Milnes, 2011) portarono ad una concezione individualista e atomizzata dell’autenticità della persona, provando a spazzare via il contesto o

comunque a considerarlo sporco e contaminante.

Diderot, però, “installa una dimensione sociale nella costruzione di credenze, atteggiamenti, persino desideri. Questi sono gli ingredienti dell’idiosincrasia, e la lezione che ne ricaviamo è che abbiamo bisogno l’uno dell’altro affinché possiamo essere qualcuno” (William, 2002, in Milnes, 2011).

Pertanto, il *role-playing* può essere, ma non è, necessariamente falso. La maggior parte di noi accetta il fatto che difficilmente possiamo relazionarci con un altro essere umano al di fuori dei ruoli (Bader, 1995). La dimensione sociale del sé entra, così, in dialettica viva con quella più personale dando il sapore del paradosso alla questione dell’autenticità. Secondo Davidson (2005, in Milnes, 2011), ogni sé è “inerentemente intersoggettivo dal momento che dipende dalla interazione con altre persone e il mondo al fine di raggiungere un qualunque tipo di coerenza e stabilità” (p.8).

L’autenticità non sarebbe la nemica delle richieste che provengono da “oltre il sé”, semmai l’autenticità presuppone tali richieste (Taylor, in Milnes, 2011): gli uomini non sono soggetti neutrali, anzi esistono all’interno di uno spazio costituito da valori, ragioni e impegni reciproci. L’autenticità, quindi, potrebbe essere concepita non come una origine o essenza ipostatizzata, ma come un atto che viene in essere solo attraverso il suo raccontarsi e la cui legittimazione è sempre aperta alla propria messa in discussione dagli altri che la costituiscono (Milnes, 2011). Si respira proprio questo nelle parole degli autori psicoanalitici che criticano radicalmente lo schermo bianco: l’autenticità ha un nuovo volto, il volto intersoggettivo di cui parlano Davidson, Taylor e William (Milnes, 2011) e i timori legati alla collusione con il paziente, all’*acting in* e all’*acting out*, alle possibili interferenze di gesti spontanei e improvvisati del terapeuta sbiadiscono come un quadro al sole. L’autenticità emerge e si dispiega nel processo inter-soggettivo, non è uno stato da svelare o raggiungere in clima facilitante e accogliente, ma qualcosa che si costruisce insieme con l’altro e che emerge dal processo stesso di incontrarsi con l’altro (Gemma Fiumara, 2009; Schmid, 2001). “Questo è un mondo costituito non dall’epistemologia oggettivista basata sul principio di causa-effetto in cui il paziente parla

e ad un certo punto l’analista interpreta il suo “testo”, ma piuttosto un ineffabile influente mondo di co-costruzione e co-interpretazione” (Coburn, 1999) in cui *self-disclosure*, *enactments* e *disruptures* (fratture/rotture) della relazione non sono una minaccia, piuttosto manifestazioni del dispiegarsi delle soggettività in gioco nel complesso processo di costruzione reciproca condivisa (Hoffman, 2010; Kahn, 1996; 2010).

Su questa scia fioriscono numerosi articoli sul processo psicoanalitico come teatro improvvisato o sessione jazz (Ringstrom, 2012; 2015), dove ritualità e confini sono in rapporto dialettico con la libertà e la soggettività di ogni partecipante (Meares, 2001; Hoffman, 2000) e il focus passa dalla soggettività dei partecipanti a ciò che emerge dall’esperienza inter-soggettiva (Stern, 1998; 2007) che alcuni autori chiamano il terzo psico-analitico intersoggettivo (Ogden, 1994; Ringstrom, 2015).

“Una visione improvvisazionale è il prossimo passo logico nella disciplina (psicoanalitica). Nell’ultimo decennio abbiamo visto che l’applicazione della teoria del caos e della complessità, insieme alla teoria dei sistemi dinamici ci ha fatto aprire gli occhi verso diverse caratteristiche della situazione terapeutica come ad esempio: l’enfasi sul processo; la quasi parità del contributo del paziente e del terapeuta, cioè la nozione di co-creatività; l’imprevedibilità di quello che succede nella sessione di momento in momento, inclusa l’attesa di proprietà emergenti; un focus sul momento presente dell’interazione; e il bisogno di spontaneità e autenticità in questo processo” (Stern, 2007, p.101).

Giovani terapeuti che divorano manuali, bruciano streghe e inneggiano a Winnicott

Winnicott lottava per il *vero Sé*, per la propria indipendenza di pensiero e per una pratica psicoanalitica che non fosse schiava di rigidi paradigmi teorici, ma fosse basata su ciò che avveniva in seduta.

Similmente, molti anni dopo Peter Lomas, con alle spalle anni di lavoro e impegno speso per offrire una formazione indipendente ad aspiranti psicoterapeuti, scrisse sette illuminanti regole d’oro a cui ispirarsi per condurre una buona psicoterapia: “I am not Winnicott” fu posta

baldanzosamente in cima alla lista (Lomas, 2010).

C'è forse qualcosa di più attraente, per una giovane psicoterapeuta, schiacciata, illusa, sedotta e abbandonata da innumerevoli modelli teorici e carismatici colleghi del presente e del passato, della possibilità di essere se stessa nel proprio lavoro? Nella “modernità liquida” (Bauman, 2012) in cui ci si trova a navigare, essere se stessi sembra una valida ancora di salvezza, qualcosa a cui aggrapparsi (Trilling, 1972). Quando colleghi meno esperti gli chiesero consigli su come comportarsi di fronte ad un paziente che tende la mano per una vigorosa stretta di saluto, Glover rispose “in caso di dubbio, comportatevi in modo naturale” (1955, p.24-25).

Fare psicoterapia non dovrebbe avere nulla a che fare con una mortifera, asettica e acritica esecuzione meccanica di un paradigma teorico o con l'emulazione del guru di turno. Una feconda introiezione dovrebbe soppiantare la sterile imitazione (Fiumara, 2009; Gaddini, 1969).

Nel corso dello sviluppo, sostenevano Piaget e Cook (1952), l'individuo è agente attivo e indefesso soggetto, costruttore della propria realtà, attraverso un delicato gioco tra accomodazione e adattamento nei confronti dell'ambiente, nella sua posizione unica, aggiungerebbe Vygotsky (1980), all'interno della storia e nella sua relazione continua con il proprio contesto socioculturale.

Eppure, Rogers notò “con orrore” (1962) che alcuni suoi studenti, invece di sviluppare un atteggiamento interiore e personale di ascolto e comprensione empatica, scimmiettassero una tecnica rendendola quindi materiale inerte. Per Rogers era importante che ogni terapeuta sviluppasse un proprio stile personale di lavoro e facesse dell'autenticità il caposaldo dell'incontro con l'altro.

“Puoi immaginare quanto io sia riluttante - scrive Winnicott a Joseph Stone il 16 giugno 1968 - nel dare inizio a una “tecnica dello scarabocchio” come rivale di altre tecniche proiettive. Distruggerebbe l'aspetto principale dell'esercizio se qualcosa di stereotipato dovesse saltar fuori come il test di Rorschach. Essenziale è la libertà assoluta affinché qualunque modificazione possa venire accettata se appropriata. Forse una caratteristica distintiva è non tanto l'uso dei

disegni quanto la partecipazione libera dell'analista che agisce come psicoterapeuta” (Rodman, 2018).

Quando la sig.ra E si lanciò verso di me e mi strinse in un abbraccio, mi sentii in forse imbarazzo e fui colta da grande preoccupazione, non tanto per il gesto in sé, ma per tutto quello che, in quel momento, mi passò rapido per la mente su cosa fosse *tecnicamente corretto* fare. Alla fine, mi decisi e risposi all'abbraccio pensando: “Ne parleremo la prossima settimana”.

Riferimenti bibliografici

- Adamson, L.B., e Frick, J.E. (2003). The Still Face: A History of a Shared Experimental Paradigm. *Infancy*, 4(4), 451-473.
- Aaron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 29-51.
- Bader, M.J. (1995). Authenticity and the Psychology of Choice in the Analyst. *The Psychoanalytic Quarterly*, 64(2), 282-305.
- Baker, C.N., e Hoerger, M. (2012). Parental Child-Rearing Strategies Influence Self-Regulation, Socio-Emotional Adjustment, and Psychopathology in Early Adulthood: Evidence from a Retrospective Cohort Study. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 800-805.
- Baradon, T., Biseo, M., Broughton, C., James, J., e Joyce, A. (2016). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. Routledge.
- Bateson, G. (1973). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution and Epistemology*. Paladine.
- Bauman, Z. (2012). *Modernità liquida*. Bari: Laterza.
- Beebe, B., e Lachmann, F.M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-and object representations. *Psychoanalytic psychology*, 5(4), 305.
- Beebe, B., e Lachmann, F.M. (2013). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Routledge.
- Benasayag, M. (2002). *Il mito dell'individuo*. Milano: MC.
- Bloom, P. (2010). The moral life of babies. *New York Times Magazine*, 3.
- Born, M. (1982). *Filosofia naturale della causalità e del caso*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1954). *Maternal deprivation*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1956). The effects of mother-child separation: A follow-up study. *British Journal of Medical Psychology* 29: 211-247.
- Brazelton, T.B., e Nugent, K.J. (1995). *La scala di valutazione del comportamento del neonato*. trad. it., Masson, Milano, 1997.
- Brodley, B.T. (2000). The actualizing tendency concept in client-centered theory. *The Person-Centered Approach: Applications for Living*, 81.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university press.

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International encyclopedia of education*, 3(2), 37-43.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2015). *Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience: Working Paper No. 13*. Dal sito www.developingchild.harvard.edu
- Center on the Developing Child at Harvard University (2016). *Building Core Capabilities for Life: The Science Behind the Skills Adults Need to Succeed in Parenting and in the Workplace*. Dal sito www.developingchild.harvard.edu
- Coburn, W. (1999). Attitudes of embeddedness and transcendence in psychoanalysis: Subjectivity, self-experience, and countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 101-119.
- Cohn, J.F., e Tronick, E.Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185-193.
- Cozolino, L. (2017). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*. WW Norton e Company.
- Davidson, D. (2005). *Truth, language, and history* (Vol. 5). Oxford University Press.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., e Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.
- Ferenczi, S. (1985). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. J. Dupont (a cura di).
- Foerster, H.V. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Fonagy, P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment e human development*, 1(1), 92-114.
- Fonagy, P., e Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- Fonagy, P. (2018). *Attachment theory and psychoanalysis*. Routledge.
- Fraiberg, S., Adelson, E. e Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14(3): 387-421.
- Freud, S., Jones, E., Paskauskas, A. R., Steiner, R., e Borgogno, F. (2001). *Sigmund Freud e Ernest Jones: Corrispondenza 1908-1939*. Bollati Boringhieri.
- Freud, S., (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. In *Tecnica della psicoanalisi (1911-12)*, tr. it. in Opere, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol. 6.
- Freud, A. e Dann, S. (1951). An experiment in group upbringing Psychoanalytic Study of the Child 6, 127-168. In A. Freud (1969) *Indications for child analysis, and other papers, 1945-1956*, Chapter 8, pp. 163-229, London: Hogarth Press.
- Freud, A., Solint, A. e Goldstein, H. (1973). *Beyond the best Interest of the Child*. London: Andre Deutsch.
- Fiumara, G.C. (2009). *Spontaneity: A psychoanalytic inquiry*. Routledge.
- Gaddini, E. (1969). On imitation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 475.
- Gendlin, E.T. (1968). The experiential response. In E.F. Hammer (a cura di), *Use of Interpretation in Therapy: technique and art*. New York: Grune and Stratton.
- Gerhardt, S. (2014). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Routledge.
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. Oxford, England: International Universities Press
- Gopnick, A., Meltzoff, A.N., Kuhl, P.K., e Johnson, M.H. (1999). The Scientist in the Crib Minds, Brains, and How Children Learn. *Science-International Edition-AAAS*, 286(5438), 247-247.
- Grant, B. (1990). Principled and instrumental nondirectiveness in person-centered and clientcentered therapy. *Person-Centered Review*, 5, 77-88.
- Greenberg, L.S., Watson, J.C., e Lietaer, G. (a cura di). (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. Guilford Press.
- Hartman, G (2002) *Scars of the Spirit: The Struggle against Inauthenticity*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Heimann, P. (1989). On the necessity for the analyst to be natural with his patient. In M. Tonnesmann (a cura di), *About children and children-no-longer: Collected papers, 1942-80*. London: Routledge.
- Heisenberg, W.K. (1930). *The Physical Principles of Quantum Mechanics*. New York: Dover Publications.
- Hoffman, I.Z. (2000). *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*. Roma: Astrolabio.
- Jung, C.G., e Baruffi, L. (1985). *Coscienza, inconscio e individuazione*. Boringhieri.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40(8), 893.
- Kahn, E. (1996). The intersubjective perspective and the client-centered approach: Are they one at their core?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 30.
- Kahn, E. (2010). The kinship between self-psychology, intersubjectivity, relational psychoanalysis, and the client-centered approach. *The Person-Centered Journal*, 17, 10-31.
- Lambert, M.J., e Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Lewin, K. (1943). Psychology and the process of group living. *Journal of Social Psychology*, 17, 113-131. In M. Gold (a cura di) (1999), *The complete social scientist: A Kurt Lewin reader*.
- Lewin, K., e Cartwright, D. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper e Bros.
- Lietaer, G. (1991). The authenticity of the therapist: Congruence and transparency. In *2nd International Conference and Experiential Psychotherapy*, Scotland: Stirling.
- Lomas, P. (2010). The seven rules of psychotherapy, Outwrite: *Journal of the Cambridge Society for Psychotherapy*, 10, 14.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., e Krause, E.D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Maroda, K.J. (1991). *Wiley series on psychotherapy and counselling. The power of countertransference: Innovations in analytic technique*. New York: Wiley.
- Meares, R. (2001). What happens next? A developmental model of therapeutic spontaneity: Commentary on paper

- by Philip A. Ringstrom. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(5), 755-769.
- Meltzoff, A.N., e Moore, M.K. (1992). Early imitation within a functional framework: the importance of personal identity, movement and development. *Infant Behavior and Development*, 15: 479-505.
- Milnes, T. (2011). Preface to Forum Issue 12: Authenticity. *Postgraduate Journal of Culture and the Arts*, University of Edinburgh, 12.
- Mitchell, S. (1988). Clinical implications of the developmental tilt. *Relational concepts*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 151-172.
- Modell, A.H. (1991). The therapeutic relationship as a paradoxical experience. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(1), 13-28.
- Ogden, T.H. (1994) The Analytic Third, Working with intersubjective clinical facts, *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Orange, D.M. (1994). Countertransference, empathy, and the hermeneutical circle. In R.D. Stolorow, G.E. Atwood, e B. Brandchaft (a cura di), *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 177-186.
- Piaget, J., e Cook, M.T. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-357.
- Racker, H. (1970). *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Trasferimento e controtrasferimento*, Roma: Armando.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalysis Quarterly*, 62, 553-571.
- Ringstrom, P. (2012). Principles of improvisation: A model of therapeutic play in relational psychoanalysis. In L. Aron e A. Harris (a cura di), *Relational perspectives book series*. Vol. 52.
- Ringstrom, P.A. (2015). Creating space for being improvisational in psychoanalytic treatment. *38th Annual Conference on the Psychology of the Self*.
- Rodman, F.R. (2018). *The spontaneous gesture: Selected letters of DW Winnicott*. Routledge.
- Rogers, C.R., e Carmichael, L. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1950). A current formulation of client-centered therapy. *Social Service Review*, 24, 442-450.
- Rogers, C.R. (1962). The interpersonal relationship. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416-429.
- Rogers, C.R. e Sanford, R.C. (1984). Client-centered psychotherapy. In H.I. Kaplan e B.J. Sadock (a cura di), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 4, 1374-1388. Baltimore: Williams e Wilkins.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes'". *Am J Orthopsychiatry*, 6, 412-5.
- Rukeyser, M. (1992). *The book of the dead*. West Virginia University Press.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of psycho-analysis*, 3(1), 43-47.
- Schmid, P.F. (2001). Authenticity: The person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice*, 1, 213-228.
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 12.
- Schore, J.R., e Schore, A.N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
- Siegel, D.J. (2010). *The Norton series on interpersonal biology. The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York, NY, US: WW Norton e Co.
- Spitz, R.A., e Wolf, K.M. (1946). Anaclitic Depression: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II. *The psychoanalytic study of the child*, 2(1), 313-342.
- Stern, D.N. (1974). Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviors. In M. Lewis e L. A. Rosenblum (a cura di), *The effect of the infant on its caregiver*. New York: Wiley.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Karnac Books.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., e Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Stern, D.N. (2007). Commentary on Paper by Philip A. Ringstrom, *Psychoanalytic Dialogues*, 17:1, 101-103.
- Stolorow, R.D e Atwood, G.E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Stolorow, R.D., Atwood, G.E., e Branchaft, B. (a cura di) (1994). *The intersubjective perspective*. Rowman e Littlefield.
- Tarlow, T., Solomon, M., e Siegel, D. (2018). *Play and creativity in psychotherapy*. New York: W.W Norton e Company.
- Taylor, C. (1992). *The ethics of authenticity*. Harvard University Press.
- Taylor, G.J., Orsucci, F., e Baldaccini, L. (1993). *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Astrolabio.
- Trevarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communicative behavior. In H.R. Schaffer (a cura di), *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Braten (a cura di), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Paris: Cambridge University Press.
- Trilling, L. (1971). *Sincerity and Authenticity: The Charles Eliot Norton Lectures, 1969-1970*. Oxford University Press.
- Tronick, E., Adamson, L.B., Als, H., e Brazelton, T.B. (1975). *Infant emotions in normal and perturbed interactions*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, CO.
- Tronick, E. (1980). The primacy of social skills in infancy. In D.B. Sawin, R.C. Hawkins, L.O. Walker, e

- J.H. Penticuff (a cura di), *The exceptional infant*, Vol. 4.
New York: Brunner/Mazel
- Van der Kolk, B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, e L. Weisaeth (a cura di), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Viazzo, P., Bortolotto, M., e Zanotto, A. (1994). Childcare, infant mortality and the impact of legislation: The case of Florence's foundling hospital, 1840–1940. *Continuity and Change*, 9(2), 243-269.
- Vygotsky, L.S. (1980). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard university press.
- Wachtel, P.L. (1987), You can't go far in neutral: on the limits of therapeutic neutrality. In P.L. Wachtel, *Action and Insight*. New York: Guilford.
- Wachtel, P.L. (2009). Knowing oneself from the inside out, knowing oneself from the outside in: The “inner” and “outer” worlds and their link through action. *Psychoanalytic Psychology*, 26(2), 158-170.
- Warner, S.L. (1991). Freud's antipathy to America. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(1), 141-155.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., e Jackson, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Williams, B.A.O. (2002). *Truth e truthfulness: An essay in genealogy*. Princeton University Press.
- Winnicott, D.W. (1941). The observation of infants in a set situation, *International Journal of Psychoanalysis*, 22: 229-249.
- Winnicott, D.W. (1947). *Hate in the countertransference*. London: Tavistock Publications, Ltd.
- Winnicott, D.W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. In D.W. Winnicott, *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: the Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: the Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Winnicott, D.W. (1970), I fini del trattamento psicoanalitico. In D.W. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma: Armando.
- Winnicott, D.W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York: Basic Books.

IL DESIDERIO NELLA RELAZIONE DI COPPIA: UNA COMPARAZIONE TRA IL MODELLO SISTEMICO-RELAZIONALE E LA PSICOANALISI

di Martina Fioravanti e Lorenzo Sisti

Psicologi, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Attualmente sembra che la tematica del desiderio rappresenti un tratto distintivo del nostro tempo: spesso viene trattata anche all'interno del contesto dell'informazione di massa e viene declinata in più sfere sociali, come ad esempio il mondo del lavoro e le relazioni d'amore. Occuparsi di desiderio e, più in generale, di cura dei molteplici aspetti dell'animo umano sembra rappresentare oggi un bisogno largamente diffuso.

Galimberti (2010) denomina l'attualità come l'Età della Tecnica: l'uomo contemporaneo si trova immerso in una crisi culturale connotata da relativismo, scetticismo e disincanto in cui le sue uniche certezze si rifugiano nell'utilizzo della tecnica. La tecnica, tuttavia, "non tende a uno scopo, non promuove un senso, non apre scenari di salvezza, non redime, non svela la verità: la tecnica funziona. E, siccome il suo funzionamento diventa planetario, finiscono sullo sfondo, incerti nei loro contorni corrosi dal nichilismo, i concetti di individuo, identità, libertà, salvezza, verità, senso, scopo, ma anche quelli di natura, etica, politica, religione, storia di cui si era nutrita l'età pre-tecnologica, e che ora, nell'era della tecnica, dovranno essere riconsiderati, dismessi o rifondati alle radici" (p. 21).

Questo nichilismo culturale, che sfocia nel passaggio dal futuro-promessa al futuro-minaccia, è ben descritto da Benasayag (2004) ne "L'epoca delle passioni tristi". Impotenza, disgregazione e mancanza di senso

rappresentano, secondo l'autore, i mali contro cui ciascuno di noi è costretto a fare i conti nella contemporaneità: la mancanza di un futuro come promessa arresta il desiderio nell'assoluto presente e impedisce il passaggio naturale dalla libido narcisistica all'investimento libidico sugli altri e sul mondo.

In questa società liquida, come l'ha definita Bauman, nella quale le situazioni in cui agiscono gli uomini si modificano prima che i loro modi di agire riescano a consolidarsi in abitudini e procedure, sembra che manchino le condizioni affinché l'uomo possa desiderare.

Questo bisogno sociale di dedicarsi all'indagine e alla cura del desiderio fa emergere anche la difficoltà di definire tale termine. Nel linguaggio comune, il desiderio viene associato spesso al capriccio, al fare quello che si vuole quando si vuole. Molti autori, tuttavia, non concordano con questa attribuzione di significato: Lacan, ad esempio, sostiene che il desiderio corrisponda ad una vocazione, ovvero ad una forza trasformativa che dà senso alla vita. In questa accezione, il desiderio non è proprietà del soggetto, non è determinato dall'Io, ma si configura come una forza inconscia della quale possiamo fare esperienza senza padronanza.

Oltre alla complessità che si incontra nel definire il termine "desiderio", risulta difficile anche la distinzione dal concetto di "bisogno". Il bisogno si configura come una necessità primaria per l'uomo in quanto organismo: la mancata soddisfazione del bisogno non consente di vivere adeguatamente. I bisogni sono non-

oggettuali, non nascono cioè dall'incontro tra soggetto e oggetto, ma seguono un processo di tipo omeostatico. Il desiderio, al contrario, emerge in relazione ad un oggetto, ovvero si manifesta in un rapporto dinamico tra soggetto e ambiente. Un esempio in cui la distinzione di bisogno e desiderio risulta semplice è rappresentato dalla necessità di mangiare per soddisfare la fame e dal prefigurarsi un buonissimo piatto di pasta per pranzo. Più difficile è distinguere il bisogno di protezione dal desiderio di passare del tempo con la persona amata.

Spesso il tema del desiderio si sovrappone alla manifestazione dell'amore narcisistico. Secondo Freud (2012) quest'ultimo rappresenta un'illusione che non alimenta il legame amoroso con l'altro, ma rafforza a senso unico il sentimento passionale dell'Io per se stesso. In altre parole, l'investimento amoroso non parla il linguaggio duale: l'individuo sceglie il partner nella misura in cui quest'ultimo riesca a rappresentare l'immagine ideale del primo. Minolli (2005) sostiene che l'innamoramento è la massima espressione di un desiderio investito narcisisticamente: l'altro diventa il tutto e in questa assolutizzazione dell'altro viene festeggiato l'accesso alla propria attuazione di sé. Parafrasando Recalcati (2014), il nostro tempo racconta due menzogne sulla natura dell'uomo che influenzano direttamente il rapporto che ognuno di noi ha con i propri desideri e con quelli altrui. La prima menzogna riguarda il culto dell'uomo indipendente, l'idea secondo la quale si debba auspicare ad una vita priva di debiti simbolici con l'altro in piena autonomia e libertà. Questo modello di persona autonoma, secondo Jurg Willi (1991), crea individui che desiderano solo cose realizzabili e che non possono tollerare sentimenti come la nostalgia d'amore. Il desiderio d'amore, infatti, tende ad indirizzare le energie dell'individuo verso sogni irrealizzabili che contrastano la tendenza contemporanea a pianificare realisticamente gli obiettivi di vita. La seconda menzogna corrisponde all'esaltazione del *nuovo* come unico principio che orienta la vita del desiderio, ovvero una visione nichilistica di esso basata sulla convinzione che benessere, salvezza e soddisfazione si possano raggiungere accaparrando ciò che ancora non si possiede. Per sostenere questa chiave di lettura, Recalcati

(2011) propone l'immagine del "Discorso del capitalista", ovvero la fede idolatrica e feticistica nei confronti dell'oggetto del godimento. In altre parole, si tratta della fede nell'oggetto-merce come rimedio al dolore di esistere. Questa menzogna, ovvero questa dimensione illusoria e salvifica, si intreccia con la vacuità di fondo dell'oggetto-merce, alimentando la macchina del godimento capitalistico e dell'insoddisfazione permanente.

Bauman (2003) descrive la nostra come una cultura che "aborre la procrastinazione" e che si fonda sul soddisfacimento immediato delle voglie, mentre nega l'investimento sul desiderio, che ha bisogno di essere seminato, coltivato, nutrito.

Il desiderio, infatti, richiede tempo, tempo per germogliare, crescere e maturare, e questo tempo, in una società accelerata, in cui i desideri sono facili da nascere e rapidi ad estinguersi, e il principio del togliersi-le-voglie è profondamente inculcato dalla logica commerciale, viene avvertito come esasperante e insopportabile.

Mentre il principio del togliersi-le-voglie è inculcato a fondo nella condotta quotidiana dai poteri forti del mercato dei beni di consumo, il coltivare un desiderio sembra inquietantemente, inopportuno, fastidiosamente, propendere dalla parte dell'impegno amoroso. Il desiderio va curato, coltivato, implica una cura prolungata, un difficile negoziato senza soluzioni scontate, qualche scelta difficile e alcuni compromessi dolorosi (...) nella sua radicalizzata reincarnazione sotto forma di voglia, il desiderio ha perso gran parte dei suoi attributi fastidiosi (...). Come recitava il messaggio pubblicitario di una famosa carta di credito, oggi "è possibile eliminare l'attesa dal desiderio" (p. 21).

Il tempo attuale celebra l'istante e la soddisfazione, ottenuta prima ancora di desiderare. La voglia prende il posto del desiderio. L'individuo plasmato da questa modernità è un uomo "senza legami", impaurito dal restare "impigliato" in una relazione stabile, che vive l'amore come un investimento temporaneo che deve garantire il massimo della soddisfazione.

A quanto emerge dalle riflessioni degli autori contemporanei, il nostro tempo ci ostacola la possibilità di stabilire un contatto con i nostri desideri e quelli altrui, impedendone di conseguenza la loro realizzazione. Ma, in questo

scenario negativo, esiste una speranza per coltivare i desideri e creare legami con l'altro, superando così il mito dell'individualismo?

Coppia e desiderio

Il tema del desiderio appare certamente centrale nella vita degli individui e sembra dotato di molteplici sfumature (il rapporto che ciascuno di noi ha con i propri desideri, le sue manifestazioni, i suoi significati). Facendo un passo oltre la dimensione individuale, incontriamo quella della coppia, intesa come legame d'amore fra due partner, ovvero una relazione tra due soggetti desideranti. Ma che rapporto c'è fra la coppia e il desiderio? La vita di coppia può interferire con i desideri dei singoli? I desideri del singolo influenzano la scelta del partner? Un partner può aiutare l'altro nel riconoscimento e nel soddisfacimento dei suoi desideri? Come si evolvono i desideri dei singoli durante la vita di coppia?

Per rispondere a queste domande abbiamo svolto un'indagine all'interno di parte della letteratura esistente sul tema della coppia, e abbiamo proceduto su due vie: da una parte la prospettiva della psicoanalisi relazionale, dall'altra quella dell'approccio sistemico relazionale. In questa analisi su due fronti, abbiamo riscontrato che la tematica in oggetto è stata affrontata attraverso percorsi diversi tra loro, ma tutto sommato orientati nella stessa direzione. I numerosi autori che si sono occupati di studio della coppia da una prospettiva sistemico-relazionale, infatti, sono partiti dall'osservazione diretta del sistema coppia, di come esso nasce, si sviluppa, attraversa le fasi evolutive, resiste o meno ai cambiamenti, e sulla base di questa osservazione hanno elaborato teorie sul suo funzionamento. La tematica del desiderio, perciò, risulta essere stata affrontata in modo trasversale ma indiretto, senza una vera e propria elaborazione concettuale. Su questo aspetto si inserisce la psicoanalisi relazionale, che, invece, offre contributi approfonditi sul concetto di desiderio anche all'interno della relazione tra due partner.

Partiamo perciò qui dall'approccio sistemico-relazionale, facendo riferimento nello stesso tempo anche agli studi di matrice evolutiva, nel

tentativo di inquadrare le diverse fasi del ciclo vitale della coppia, per completare poi in un secondo momento l'analisi integrando le osservazioni della psicoanalisi relazionale, che vengono in nostro aiuto nel focalizzare e comprendere come i desideri possono intrecciarsi all'interno della relazione con l'altro. Specifichiamo inoltre che, per semplificare l'analisi, abbiamo deciso di trattare la coppia solo come rapporto tra due partner, escludendo temi come la nascita dei figli e il rapporto con il contesto sociale.



Il ciclo vitale della coppia: la prospettiva sistemico-relazionale

Il primo momento nella formazione dell'identità di coppia è la scelta del partner, ed è legata alla storia individuale e familiare di ognuno. Essa coinvolge aspetti degli oggetti interiorizzati del passato: un coniuge agisce da contenitore di un oggetto interno dell'altro, al quale a sua volta vengono affidati aspetti del Sé. Il rapporto di coppia può quindi rappresentare il campo di manifestazione di irrisolti rapporti oggettuali del passato e può diventare il luogo in cui risolvere certe tematiche interne individuali. Ciò può avvenire in un senso evolutivo, come momento legato al processo di separazione/individuazione e di uscita dalla famiglia d'origine, oppure può essere la patologica messa in atto di un copione, seppur doloroso, che permette di avere una certa prevedibilità nelle relazioni in modo da mantenere un senso di controllo e coesione del Sé.

I motivi che conducono alla ricerca di un partner sembrano rispondere ad alcuni bisogni fondamentali dell'uomo, che si esprimono tramite i suoi sistemi motivazionali:

- attaccamento: assicurarsi protezione attraverso la vicinanza (emotiva oltre che fisica negli adulti) con la figura di attaccamento.
- sessualità: garantire la trasmissione del patrimonio genetico attraverso la ricerca di un partner con cui instaurare un rapporto fisico.
- accudimento: serve a offrire protezione e sicurezza al partner in momenti di pericolo o difficoltà, ha la finalità di assicurare o aiutare l'altro.

Nel quadro attuale, e dall'inizio dell'epoca moderna, la costituzione della coppia non rappresenta più un'alleanza tra famiglie, ma è divenuta sempre più una questione di realizzazione espressiva personale: da "fatto sociale totale" (Lévi-Strauss) è divenuta "un'impresa personale". La questione della struttura di parentela in quanto tale, sembra esser stata spinta sullo sfondo, e maggior attenzione è posta all'aspetto affettivo della relazione, identificato con la piena soddisfazione dei partner. Al centro della scena si pongono ora la coppia e la sua relazione, il legame affettivo/sentimentale di coppia in cui la fedeltà, intesa in senso lato, è dovuta solo al coniuge, mentre ha perso forza l'aspetto sociale/istituzionale del vincolo.

Grande risalto si attribuisce così all'intimità tra partner (Wynne e Wynne, 1969), che si fa ora struttura fondamentale dell'accoppiamento. La relazione è vissuta appunto come legame fiduciario, in cui ognuno dei protagonisti ha fiducia, manifestando ciò che è interno e personale, di ricevere empatia, ed è espressione di un modo di intendere la natura della coppia come profondamente diversa da quella del contratto formale propria dell'istituzione e predominante fino a pochi decenni fa.

In tal senso, il bisogno che gli esseri umani hanno di garantirsi la vicinanza e la disponibilità affettiva di una persona significativa, così ben evidenziato e descritto dalla teoria dell'attaccamento, rappresenta uno dei sistemi motivazionali che ha interessato il dibattito scientifico negli ultimi quarant'anni (Cassidy e Shaver, 2008; Fonagy, 2001; Lichtenberg,

Lachmann e Fosshage, 2010). Gli psicologi evoluzionisti sostengono che l'innamoramento sia "un processo di attaccamento che viene vissuto dagli individui in maniera diversa a causa delle loro differenti storie di attaccamento" (Hazar e Shaver, 1987). Vale a dire: la qualità di attaccamento provato con le figure significative sembra influenzare il tipo di attaccamento che si mette in atto nella coppia: il rapporto si sviluppa alla ricerca della sicurezza.

Facciamo riferimento qui al concetto di modelli operativi interni (MOI): rappresentazioni relative al funzionamento e al significato delle relazioni di attaccamento (Bowlby, 1969), ossia a pattern ripetuti di esperienze di attaccamento che vengono interiorizzati come schemi o modelli mentali nella memoria implicita e che verranno utilizzati poi come copioni per prevedere e per mettersi in relazione con l'ambiente. Il contenuto dei MOI è legato ad informazioni procedurali su chi sia la figura di attaccamento e su come poterla avvicinare e come reagirà: infatti la regolazione del modo in cui il soggetto esprimerà i propri bisogni di attaccamento dipende dalla valutazione sulla disponibilità emotiva della figura di attaccamento. I MOI sono una base di conoscenza e possono assimilare le nuove esperienze in coerenza con i loro contenuti, ma nello stesso tempo possono essere revisionati sulla base di nuovi legami affettivi, in virtù della loro plasticità.

L'attaccamento adulto è stato studiato a diversi livelli e, per impossibilità di affrontare l'argomento in maniera esaustiva in questa sede, faremo riferimento agli stili di attaccamento. Essi sono "pattern sistematici di aspettative, credenze, bisogni, emozioni, strategie di regolazione delle emozioni e comportamenti sviluppatisi nell'interazione tra un sistema innato dell'attaccamento e l'esperienza con le figure di accadimento" (Shaver e Mikulincer) e si distinguono in:

- Stile sicuro: caratteristico di individui che hanno fiducia in se stessi e nelle relazioni e si percepiscono come capaci di offrire e meritare amore, conforto e sostegno.
- Stile insicuro evitante: caratterizzato da paura dell'intimità, che viene spesso elusa, sfiducia verso il partner, tendenza a non accettare di dipendere dal partner e a sottolineare la propria autonomia/indipendenza.

- Stile insicuro ansioso-ambivalente: gli individui hanno scarsa fiducia nella capacità del partner di rispondere alle proprie esigenze di vicinanza e amore. Avendo forte tendenza alla fusionalità e sentendo allo stesso tempo insoddisfazione per il sostegno e l'amore che ricevono, tendono perciò ad avere un forte stato di ansia e ad essere intrusivi, amplificando rabbia/paura dell'abbandono e gelosia.

In letteratura esistono diversi modelli che hanno tenuto in considerazione l'interagire degli stili di attaccamento infantili con gli stili di attaccamento adulto, e che hanno pesato in modo diverso il ruolo del passato e del presente nello specifico delle relazioni sentimentali.

Fisher e Crandell (2001) parlano di *attaccamento complesso* per indicare la natura duale dell'attaccamento di coppia ed anche la bidirezionalità della dipendenza reciproca che caratterizza le relazioni sentimentali tra adulti. Questi autori sottolineano quindi come i sentimenti e i comportamenti, nonché la percezione del rapporto di coppia, dipendano dalla specifica configurazione tra i due tipi di attaccamento (il *matching* tra stili di attaccamento).

Analizzando quanto emerso dagli studi di Hazan e Shaver (1987) e da quelli di Fisher e Crandell (2001) si può ipotizzare che le relazioni adulte siano influenzate dall'incontro delle strategie di regolazione delle emozioni desunte dalla storia personale dei due partner e che particolare importanza debba essere data al modo in cui i modelli rappresentazionali dei partner si incastrano tra loro (Vellotti e Zavattini, 2008). Il modello d'attaccamento sarebbe quindi una variabile mediatrice che incide sulla qualità della relazione di coppia, un filtro tra la percezione non solo di sé e dell'altro, ma anche della relazione in quanto tale.

Complementare al sistema di attaccamento è il sistema di accudimento. Affinché nella relazione di coppia si sperimenti intimità è necessario, infatti, che ci siano quattro competenze (Cassidy e Shaver, 2002):

- Richiedere accudimento;
- Fornire accudimento;

- Equilibrio tra senso di autonomia ed indipendenza e stare in coppia;
- Negoziare rispetto a discussioni eventuali.

La prima e la seconda hanno a che fare con il sistema di accudimento, caratterizzato da tutti quei comportamenti che rispondono ai segnali di bisogno che vengono inviati e hanno lo scopo di fornire protezione e aiuto. Nella relazione di coppia l'accudimento è legato al sostegno nei momenti di bisogno e favorisce un senso di vicinanza e di protezione. Un accudimento che sia sensibile e responsivo è il predittore più accurato della durata di una relazione di coppia. Feeney e Collins (2004) hanno definito l'accudimento come un processo interpersonale (perché il tipo e il livello di sostegno richiesto sono determinati da chi invia un segnale di bisogno e dalle interpretazioni che ne dà chi dovrebbe accudire) caratterizzato da due funzioni fondamentali:

- offrire un rifugio sicuro, cioè rispondere ai bisogni di sicurezza del partner;
- offrire una base sicura, ovvero sostenere il partner nell'autonomia e nell'esplorazione dell'ambiente.

Un buon *caregiver* è capace di offrire un rifugio sicuro (accudimento) rispondendo in modo sensibile, appropriato e flessibile al partner che richiede aiuto e conforto, leggendo i segnali con competenza e sapendoli interpretare. Come base sicura, inoltre, incoraggia l'altro nei suoi bisogni di esplorazione e di autonomia all'esterno della coppia, comprendendo quando intervenire e quando non interferire nella crescita dell'altro: questo determina un "senso di sicurezza" e di benessere nella coppia. La terza competenza ha a che fare con la capacità di sperimentare un certo grado di indipendenza affinché ci sia realmente intimità nella coppia (intersoggettività ottimale). Si tratta cioè di saper stare insieme preservando le differenze individuali. L'equilibrio armonico tra prossimità fisica e psichica e libertà di esplorazione è legato perciò alla percezione di base sicura nel rapporto di coppia. Questi elementi rimandano al concetto di appartenenza e separazione: la coppia mantiene il legame soprattutto grazie all'intimità, questo sembra provocare una continua

ridefinizione nelle specifiche aree di appartenenza ed allo stesso modo spinge alla ricerca di una individuazione personale e quindi separazione, che spesso viene a mancare nelle coppie con confini diffusi.

Le coppie più solide sembrano infatti in grado di distinguere le proprie aree personale di individuazione (Andolfi, 1999), e, secondo chi scrive, di riconoscere bisogni e desideri individuali reciproci, nonché di elaborare un progetto/desiderio comune. La coesione tra i partner è fondata su un equilibrio tra individuazione e separazione. Al contrario, laddove le coppie si strutturano su meccanismi di fusionalità e di collusione, non vi è riconoscimento di tendenze, desideri, e bisogni individuali.

Il secondo momento fondamentale della costruzione dell'identità di coppia è l'innamoramento, nella cui fase iniziale ha un ruolo fondamentale la sessualità, che facilita il senso di completa unità con il partner, e l'idealizzazione reciproca, in base alla quale ogni membro della coppia propone inconsapevolmente all'altro e a se stesso, un'immagine ideale di Sé, che attrae l'altro in base a quanto questa corrisponde alla soluzione di antichi bisogni profondi (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2002).

Ci innamoriamo sempre dell'immagine che l'altro ci rimanda di noi, e dell'immagine che a lui rimandiamo. Da questo incrocio e scambio reciproco di immagini scaturisce quella che chiamiamo relazione (Cancrini e Harrison, 1991, p. 44).

In questa fase i partner vivono un processo di unione nella coppia che viaggia però in parallelo con i processi di individuazione di entrambi. Questi, infatti, devono continuare senza disturbare o essere disturbati dall'unione: se l'unione funziona bene, stimola aspetti dell'individuazione. I processi di unione e individuazione devono quindi procedere in un'organizzazione circolare.

In base a queste concezioni, Cancrini e Harrison (1991) propongono un particolare ciclo vitale della coppia in tre fasi:

- nella prima fase, di unione-fusione, si ha la fusione dei due e l'individuazione della coppia rispetto al resto del mondo;

- nella seconda fase, che è tipica della quotidianità, c'è un confine permeabile tra la coppia e l'esterno, ed è il momento in cui si creano le regole e si stabilizza la relazione;
- nella terza fase, si ha la separazione.

Le premesse per una buona relazione, quindi, che comprendono l'individuazione, il definire la relazione e definirsi nella stessa, sono anche i presupposti fondamentali per una buona separazione. Premesse non chiaramente definite bloccheranno invece il processo di separazione. In questa fase di innamoramento, i membri della coppia sottoscrivono quello che alcuni autori definiscono *primo contratto* (Agrisani, Barone e Minacci, 1994; Malagoli Togliatti e Agrisani, Barone, 2003), la cui struttura somiglia ad un iceberg: la parte emersa corrisponde alle norme esplicite ed agli accordi consapevoli, come la sessualità e le norme sociali; la parte sommersa invece rappresenta i vincoli non consapevoli di natura affettivo-emotiva, relativi al considerare il partner come l'unico capace di soddisfare le proprie esigenze e le aspettative più profonde, e al consolidare anche una specifica immagine di Sé.

Entrambi i partner propongono un'immagine ideale di Sé, che verrà accettata dall'altro in base alla gratificazione dei propri bisogni profondi.

Proprio per l'impossibilità di tener fede al *primo contratto*, questo deve essere modificato e da ciò si decide il destino della coppia. La coppia sana riuscirà a sopportare di dover rinegoziare il proprio contratto iniziale, accettando una rivisitazione dei temi dell'individuazione e differenziazione.

Ci sarà quindi, da un lato, una rinegoziazione a livello dell'immagine di Sé e dei bisogni profondi della sfera affettivo-emotiva di ognuno, dall'altro una rinegoziazione delle regole.

Altre coppie, invece, che hanno risorse diverse, diversi vissuti infantili e diverse modalità di svincolo dalla famiglia, possono mostrare delle difficoltà nel raggiungere questo processo di disillusione. Possono, cioè, organizzarsi in modo da proteggere le illusioni che hanno influenzato la scelta del partner e che rappresentano il tentativo di far incarnare all'altro il ruolo di partner ideale (Malagoli Togliatti e Agrisani, Barone, 2003).

Secondo gli autori citati (Agrisani, Barone e Minacci, 1994; Malagoli Togliatti e Agrisani,

Barone, 2003), il *primo contratto* che si struttura nella fase di formazione della coppia, col tempo sarà rinegoziato per dar vita ad un *secondo contratto*. Alla fase di illusione segue infatti una fase di delusione nel percorso nella vita di coppia, che può essere affrontata in modi diversi, secondo le capacità e le possibilità della coppia. Il *secondo contratto* può perciò avere esiti diversi in base alla riuscita della disillusione, che permette la formazione di un giudizio realistico del partner. Il terzo momento nella formazione della coppia è il matrimonio, che cambia la natura del rapporto precedente, in quanto dall'innamoramento si passa all'amore, ovvero dal vedere la realizzazione di ogni proprio desiderio nell'altro, si passa all'accettazione del partner per quello che è, con i suoi pregi e i suoi difetti (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2002).

Se le persone sono giunte con esito positivo al proprio sviluppo individuale, sono in grado di passare da una relazione basata sulla soddisfazione dei propri bisogni narcisistici ad un rapporto fondato sulla condivisione e l'empatia, sulla cooperazione e sulla comprensione, nonché sulla libera espressione della propria personalità (Santona e Zavattini, 2007, p. 22).

Quale spazio trova in quest'ultima fase il desiderio individuale? Per realizzare i compiti specifici che spettano loro, i coniugi necessitano di capacità di complementarità e reciproco accomodamento, devono cioè sostenere il modo d'agire dell'altro in molti campi, cedendo parte del loro individualismo per riguadagnarlo nel rapporto di coppia. Possono favorire reciprocamente la creatività, l'apprendimento e la crescita, riconoscendo il desiderio dell'altro e negoziando la soddisfazione del proprio desiderio all'interno di quello comune.

I processi di negoziazione rappresentano la strada attraverso la quale la coppia persegue l'incontro con l'altro. La coppia deve infatti negoziare su basi realistiche i vari aspetti della quotidianità e strutturare un rapporto di reciprocità e rispetto verso l'altro. Il primo aspetto riguarda proprio come le due persone devono essere coppia, quali funzioni, quali spazi, quale distanza meglio rispondono sia ai bisogni di intimità che a quelli di libertà personale. Tale processo di negoziazione appare, nella società di

oggi, particolarmente complesso. Si propongono infatti, all'interno della coppia, spazi di costruzione nuovi rispetto al passato. L'identità oggi è separata dal ruolo, che è stato invece per decenni il punto di riferimento per definire l'identità di un individuo (sono medico, sono casalinga).

Negli anni in cui la donna è riuscita a ridefinire il proprio ruolo nella società, si è assistito ad un ribaltamento del concetto dominanza-sottomissione, radicato nelle nostre culture e difficile per alcune donne da abbandonare. I connotati di ruolo, un tempo definiti a priori, sono perciò oggi continuamente rinegoziati e sottoposti a prove per tentativi ed errori. Il compito specifico del rapporto coniugale, così, è rappresentato dal riconoscimento e dall'arricchimento continuo e rinnovato dell'altro come tale, in un perpetuo scambio e riconoscimento di bisogni, desideri e opportunità.

La relazione coniugale si fonda su un patto fiduciario che ha nel matrimonio il suo atto esplicito. L'espressione "patto fiduciario" condensa e comprende in sé il versante etico e quello affettivo della relazione: è un organizzatore relazionale che ha come elementi costitutivi la comune attrattiva, la consensualità, la consapevolezza, l'impegno a rispettarlo, la delineazione di un fine. Il patto matrimoniale non si esaurisce però nella dichiarazione d'impegno formulata esplicitamente e pubblicamente. Esso è sorretto, da un punto di vista psichico, anche dal patto segreto che rappresenta l'intreccio inconsapevole, su base affettiva, della scelta reciproca. Qui ciascun partner porta del suo all'avventura di coppia coniugale, ed un incastro di bisogni, desideri e paure a costruire la peculiarità di quella coppia. Il patto dichiarato richiama invece la valenza etica di vincolo reciproco. Si esprime in una promessa di fedeltà nella gioia e nel dolore, nella salute e in malattia, pubblicamente testimoniato. Il vincolo etico, relativo al patto, fa riferimento all'assunzione consapevole ed esplicita di impegno nella reciprocità del dono di sé (compito di sviluppo della relazione coniugale), che parte dall'idealizzazione reciproca (proiezione sull'altro di aspetti dell'ideale del Sé), si scontra poi con la realtà e la delusione, e si

risolve nella conferma del valore della differenza e dell'unicità dell'altro per sé, pur nel riconoscimento di una somiglianza strutturale in quanto persone.

Il polo affettivo, relativo alla fiducia, fa riferimento all'inconscio "patto segreto" nel quale i coniugi intrecciano tacitamente bisogni, timori, valori e aspettative, allo scopo di costruire e mantenere nel tempo un rapporto esclusivo. La proporzione, nel patto coniugale, di polo etico e polo affettivo varia da cultura a cultura e da famiglia a famiglia, ma mentre in passato la bilancia pendeva dalla parte della norma, con il rischio di formalismo e della dominanza di un genere sull'altro, oggi si è spostata dalla parte dell'intimità, del coinvolgimento emozionale e dell'autorealizzazione personale, indebolendo il valore della responsabilità reciproca e duratura e dell'aspetto socio-istituzionale del vincolo.

Per concludere, la possibilità di sviluppo della coppia, nella prospettiva dalla quale stiamo osservando la relazione duale tra partner, sembra collocarsi nella capacità di impegno concreto, nella condivisione di compiti comuni sempre rinnovati, nella congiunzione cioè, dell'aspirazione all'intimità con l'impegno progettuale (la vocazione, il desiderio, individuale e comune) che fende l'autoreferenzialità che alla lunga rischia di imprigionarla. È importante che i coniugi sappiano uscire da una prospettiva autoreferenziale e che sappiano affrontare il sacrificio narcisistico: si tratta di una condizione che porta la coppia a una dimensione progettuale, a uscire fuori di sé e diventare generativa in senso lato.

Il dono più prezioso che ho avuto dal matrimonio è stato questo continuo impatto con qualcosa di molto vicino e intimo e tuttavia sempre e inconfondibilmente altro, resistente in una parola, reale (Lewis, 2008, p. 10).

La concettualizzazione dei desideri nella coppia: la prospettiva della psicoanalisi relazionale

Come introdotto precedentemente, la corrente psicoanalitica si integra con la prospettiva sistemico-relazionale assumendosi il compito di

concettualizzare il desiderio, declinandolo principalmente a livello individuale e duale.

Stephen Mitchell (2003), esponente della psicoanalisi relazionale, si è occupato di amore romantico: egli lo ha descritto come "un castello di sabbia per due", suggerendone la caducità e la conseguente necessità di una continua ricostruzione del legame di coppia da parte di entrambi i partner. La passione romantica è il risultato di un'interazione dinamica della triade desiderio, dipendenza e aggressività. La passione "sana" si distingue dalle altre forme degradate attraverso la non-esclusione di ciascuno di questi aspetti dalla vita di coppia: entrambi i partner sono chiamati a tollerare le tensioni derivanti da quelle che possiamo descrivere come coppie di opposti, ad esempio il bisogno di sicurezza e il desiderio di andare verso qualcosa di imprevedibile e misterioso.

In altre parole, il percorso della coppia amorosa e, più in generale, l'esperienza umana sono connotate da un contrasto di fondo tra l'ordinario e il trascendente: in questo spazio vi abitano i desideri dei singoli e della coppia.

Secondo Mitchell (2003), l'immaginazione è una delle caratteristiche principali del desiderio: esso si configura, infatti, come un processo attivo nel quale la percezione dell'altra persona risulta migliore grazie ad una trasformazione immaginativa. Queste fantasie non sono incompatibili con la realtà esterna: le coppie sufficientemente mature da un punto di vista psichico riescono a integrare la realtà cosiddetta oggettiva con l'immaginazione idealizzante, plasmando in questo modo la propria esperienza con emozioni, passioni e desideri. Questa integrazione costituisce lo spazio psichico della coppia, lo spazio del Noi: secondo Mirella Baldassarre (2008), si tratta di una membrana nucleare che identifica la coppia e la rende riconoscibile all'esterno. Il presupposto fondamentale per realizzare un Noi che risulti creativo e fonte di continui stimoli è la percezione dell'alterità, ovvero riconoscere l'altro in quanto soggetto desiderante e parzialmente inconnoscibile.

Uno spazio simile e preparatorio a quello della coppia amorosa lo sperimentiamo nel legame madre-bambino. Secondo Winnicott (1974), i genitori sufficientemente buoni non raccontano i propri terrori e le proprie preoccupazioni ai

figli. In questo modo essi creano un terreno relazionale protetto che risulta funzionale per la crescita psicologica, ovvero costruiscono uno spazio sicuro che in parte è illusorio. Secondo Mitchell questo spazio si ricrea in maniera simile nel legame amoroso della coppia, tuttavia, i partner devono restare in guardia dal paradosso che si nasconde dietro al bisogno di sicurezza: maggiori sono gli sforzi tesi a rendere più sicuro l'amore e maggiore è la possibilità che il progetto di coppia fallisca, in quanto l'assenza di mistero mina le precondizioni del desiderio.

Michele Minolli (2005) afferma che la qualità della coppia sia legata direttamente al grado di autocoscienza che ciascuno dei due partner possiede nel suo essere coppia. Minolli, come la maggior parte degli psicoterapeuti, elabora e argomenta il proprio punto di vista occupandosi della "coppia in crisi", rispondendo all'esigenza che nasce dalla pratica clinica di dare un senso e un ventaglio di possibilità di cambiamento alle coppie in tale stato. Innanzitutto, l'autore suggerisce di modificare il significato che la parola "crisi" ha assunto nell'epoca contemporanea, legato alla sofferenza e al disagio, recuperando l'accezione di "prova" e di "passaggio" propria della cultura dell'antica Grecia. In secondo luogo, Minolli nega che la crisi sia propriamente della coppia, almeno in prima istanza: la crisi iniziale appartiene al vissuto di uno dei due partner, caratterizzato da sentimenti di insoddisfazione, fastidio, disagio. La maggior parte delle volte tali sentimenti sono supportati dalla sensazione che ci sia stata una perdita di un qualcosa di acquisito piuttosto che il desiderio di qualcosa di nuovo.

In questa situazione è frequente che avvenga il tradimento, che Minolli interpreta come un ritorno al passato, un tentativo di recuperare la fase iniziale dell'innamoramento.

Successivamente, la crisi del singolo si trasforma in crisi di coppia. Come riportato sopra, l'autore individua nell'autocoscienza la chiave di volta per affrontare tali momenti di crisi, ovvero la consapevolezza sviluppata dai partner dei bisogni e dei desideri propri e dell'altro finalizzata a cogliere la funzionalità e i significati della coppia.

Vengono esemplificati i seguenti momenti della storia del legame amoroso:

- *La scoperta dell'altro separato e distinto.* Quando la fase iniziale dell'innamoramento volge al termine, i singoli possono sperimentare sentimenti di delusione e rabbia. Questi sentimenti, tuttavia, non dipendono dall'altro, ma appartengono alla sfera del sé e della propria realtà: essi sono l'espressione della difficoltà a riconoscersi accettati e amati per come si è e non per come ci si è convinti di dover essere.
- *La spinta all'autoaffermazione.* Spesso capita che uno dei due partner (o entrambi) diventi intransigente e rigido nel perseguimento dei propri desideri in opposizione all'altro. In realtà, non è vero che l'altro non approvi o non condivida le sue scelte di vita, spesso dietro all'affermazione persecutoria di sé si nasconde il bisogno di sentirsi un individuo separato e distinto.
- *La lotta per il riconoscimento.* "Non puoi non amarmi! Come è possibile che non mi ami? Mi devi amare. Guai a te se non mi ami": questo potrebbe esemplificare il desiderio di essere amato e di essere riconosciuto in un momento di crisi della coppia. Questo conflitto, tuttavia, non appartiene alla sfera duale, bensì a quella del singolo. Il superamento di tale tensione avviene grazie alla consapevolezza che non è l'altro a non amarci, ma siamo noi che non ci lasciamo amare e riconoscere, pretendendo dall'altro una prova irrealizzabile del disprezzo che abbiamo per noi stessi.

In opposizione alla tendenza della ricerca psicologica di occuparsi delle situazioni di crisi, Jurg Willi (1991) si chiede quali siano i fattori che tengono insieme le coppie. Secondo lo psicoanalista, desiderare, soffrire e apprendere sono elementi di un processo di maturazione che vede il partner come punto di riferimento. Tale percorso di sviluppo personale e di coppia tocca i seguenti punti:

- nelle fasi iniziali del rapporto i partner sperimentano il desiderio di pervenire al superamento dell'Io nel Tutto, ovvero di giungere ad uno stato in cui la coppia diventi un unico essere. Tale sentimento di unificazione diventa una risorsa di

maturazione della coppia se integrata con il riconoscimento dell'alterità;

- un altro desiderio frequente consiste nella speranza di poter mettere in atto con il partner il potenziale che abbiamo predisposto, ovvero sfruttare al meglio le potenzialità del partner per renderlo perfetto e realizzato. In realtà il partner può comprenderci solo alla sua maniera e per la coppia può realizzarsi un'evoluzione solo a patto che investa nel dialogo;
- spesso i partner desiderano creare un mondo comune dove vivere insieme e fecondi: quando questo desiderio incontra la realizzazione concreta dei progetti di vita, tuttavia, i partner scoprono che, oltre a creare elementi di sostegno e identità, incontrano anche limiti e vincoli. Ciò che la coppia apprende da questa esperienza è che la realizzazione personale comporta anche una personale limitazione;
- infine, il desiderio che le tracce del nostro amore rimangano anche dopo la morte, il continuare a vivere attraverso l'amore del proprio partner. In realtà la nostra esperienza ci mostra costantemente la caducità delle cose del mondo: questo non significa che non ci sia speranza di un lieto fine ma che mettersi in cammino è più importante che raggiungere la meta, che dare il proprio contributo è un atto limitato ma non privo di senso.

Questi desideri costituiscono alcuni passaggi fondamentali di un costrutto più ampio che Willi (1991) introduce, ovvero la *coevoluzione*. Con questo termine si intende la reciproca influenza sullo sviluppo individuale da parte di partner che convivono. In altre parole, la loro interazione costituisce una sorta di habitat sicuro che si rivela in grado di conferire stabilità e sviluppo al rapporto e alle loro personalità attraverso:

- la conferma e la modifica dell'identità,
- il consolidamento dell'autostima,
- la conferma e la modificazione delle esperienze interiorizzate.

Uno dei prerequisiti per la coevoluzione, dunque, sembra essere lo spazio psichico in cui coltivare i desideri comuni e quelli dei singoli. Spesso, tuttavia, non emerge in modo netto la distinzione tra i bisogni e i desideri. Willi descrive alcuni bisogni, come ad esempio il bisogno

inconscio di essere necessari e il bisogno di far innamorare di sé, come forme patologiche di innamoramento. Se non distinti dalle spinte dei desideri, questi bisogni possono condurre a un destino di dolore e sofferenza. Per quanto riguarda i desideri, invece, uno dei più comuni che spingono due individui a formare una coppia è il desiderio di realizzare una vita insieme ad un altro. Esso si manifesta precocemente sin dall'infanzia, ad esempio giocando a papà e mamma o alle bambole, ed assume un carattere di preparazione e pianificazione del proprio futuro con fantasie abbastanza concrete e coscienti. Esiste un altro tipo di desiderio d'amore molto più profondo e nascosto che si situa sotto il livello di coscienza e si può descrivere come l'aspirazione ad annullarsi con fiducia nell'amore. Questo desiderio di annullamento di sé è ben rappresentato dall'immagine di un eterno abbraccio, ovvero dal formare una cosa sola con l'altro senza inizio né fine.

Willi (2001) descrive alcune particolari dinamiche di coppia che chiama *collusioni*, riferendosi a delle intese inconfessate tra due partner che agiscono a livello inconscio. Questi intrecci nevrotici si caratterizzano per l'incontro tra due bisogni antichi non soddisfatti, che i partner cercano di colmare uno verso l'altro. Queste collusioni di coppia sono riconoscibili quando il conflitto tra i due partner assume una forma stereotipata che continua a ripetersi come un circolo vizioso e che assorbe gran parte dell'energia psichica di entrambi. Queste condizioni impediscono ai partner di entrare in contatto con le sfere del desiderio e con i processi di maturazione. Nello specifico, Willi (1991) identifica quattro collusioni di coppia:

- la collusione narcisistica, ovvero quando un partner si identifica con l'immagine ideale che l'altro proietta su di lui;
- la collusione orale, nella quale un partner in quanto "bambino" richiede all'altro in quanto "madre" la soddisfazione dei suoi bisogni;
- la collusione sadico-ale, basata su aggressività e sottomissione;
- la collusione edipico-fallica, nella quale entrambi i partner manifestano un desiderio di predominio dovuto ad un mancato superamento del complesso di Edipo nelle rispettive famiglie.

Conclusione

Ci siamo chiesti, all'inizio di questo elaborato, se nello scenario attuale, che, come abbiamo visto, pare caratterizzato da una forte spinta all'individualismo e da una fluttuazione continua dei desideri, esiste ancora la possibilità che una forma di desiderio più duraturo e legato all'impegno progettuale prenda vita e sia sostenuto da e all'interno della relazione con l'altro.

La risposta a cui siamo pervenuti all'interno della nostra trattazione ci sembra essere positiva: sì, è possibile individuare ancora oggi uno spazio in cui il desiderio nasce, si realizza, è riconosciuto e si perpetua nella relazione di coppia. È possibile superare la posizione narcisistica individuale per aprirsi alla possibilità di maturare un desiderio più duraturo e strutturante, condiviso con il partner.

E come è possibile? Principalmente attraverso tre forze motrici: l'innamoramento, inteso come apertura alla relazione con l'altro, accettazione del rischio; la nascita dell'esigenza, nel lungo periodo, di rompere la solitudine e di godere dei vantaggi di una relazione; l'apparire sulla scena del desiderio di avere dei figli, di generare (rispetto alla questione della generatività della coppia, teniamo a precisare che questo aspetto non è stato sviluppato nel nostro elaborato per impossibilità di approdare ad una trattazione esaustiva dell'argomento in questa sede e per la volontà di chi scrive di approfondire prioritariamente la tematica della gestione e dell'articolazione del desiderio tra il singolo e la coppia).

Queste diverse spinte motivazionali sembrano fendere lo scenario negativo, che narra l'imperare di una libertà spogliata di ogni desiderio di relazione stabile o di bisogno degli altri, e restituirci la speranza che il desiderio di legame possa rappresentare un campo in cui il singolo può non soltanto impegnarsi, ma anche trovare un'opportunità per il proprio sviluppo psichico ed emotivo.

La relazione di coppia ha visto nella contemporaneità il cambiamento dei significati attribuiti al suo rito sociale e spirituale per eccellenza: il matrimonio. Dal secondo dopoguerra ad oggi ci si sposa sempre più tardi

o non ci si sposa proprio ed è aumentato il numero di divorzi.

Sono questi, dunque, i segnali di una crisi culturale del legame di coppia? Non necessariamente. Il matrimonio è un'istituzione molto complessa e si presenta come una convenzione sociale comune applicata a percorsi duali molto eterogenei. Si arriva a sposarsi mossi da desideri molto diversi tra loro: ci sono coppie unite da desideri di natura pulsionale, ce ne sono altre che giungono all'altare attraverso accordi presi tra le famiglie di origine, altre ancora che tentano di soddisfare il desiderio di fare famiglia. La diversità di queste spinte trova, dunque, una manifestazione specifica per ogni coppia. Ad esempio, sposarsi più tardi dà la possibilità agli individui di compiere scelte più consapevoli: il desiderio ha bisogno di un tempo interiore per maturare e per manifestarsi. Una forma parallela al matrimonio e molto comune nell'attualità è quella della convivenza: il calo del numero dei matrimoni non va interpretato unilateralmente come il fallimento dell'impegno amoroso a lungo termine, ma piuttosto come la conseguenza del fatto che le coppie hanno assunto forme sociali diverse di stare insieme.

In ultima analisi, entrambi i partner sono chiamati a confrontarsi con il paradosso di fondo del desiderio: esso consiste nel doversi assumere la responsabilità dei propri desideri che, in quanto inconsci, non ammettono padronanza. Questo implica che i partner dovranno entrare in contatto con la sfera desiderante e compiere delle scelte in funzione di essa. Recalciti ci ricorda che, proprio in virtù della parte inconscia, l'altro è inconoscibile fino in fondo: gli individui, infatti, sono in continuo cambiamento e il dialogo della coppia può continuare senza risultare ripetitivo. In altre parole, si tratta di predisporre a trovare il nuovo nel già conosciuto, o meglio, in ciò che pensiamo già di conoscere. L'invito per le coppie, dunque, è quello di rinnovare il confronto e il dialogo e di ri-negoziare i significati del viaggio amoroso, coniugando l'aspirazione all'intimità con l'impegno progettuale guidato dai desideri dei partner. Lo spazio relazionale della coppia assumerà in questo modo un carattere dinamico e fertile, nel quale da un lato sarà un terreno fecondo per la costruzione di un percorso comune e dall'altro svolgerà una funzione di

appoggio per il singolo, ovvero un'evoluzione garantita da condivisione delle esperienze, riconoscimento dell'autonomia reciproca, percezione delle esigenze e dei bisogni e sostegno alla progettualità dell'uno e dell'altro. In estrema sintesi, dunque, la coppia sana si prende cura sia dei desideri di coppia sia di quelli individuali per garantire processi di maturazione dei singoli e rinnovamento della relazione.

Molti pensatori moderni (come Recalcati, Bauman, Galimberti) presentano quella attuale come una società in cui sono venute meno le condizioni per cui è possibile coltivare il desiderio, inteso come impegno progettuale. Anche nella sfera della relazione affettiva con il partner, l'individualismo sembra avere la meglio sul desiderio di legame.

Quali scenari si aprono? Esiste ancora la possibilità che un desiderio più duraturo e legato alla tensione progettuale possa maturare ed essere sostenuto da, e all'interno, della relazione con il partner? Come si declinano il desiderio individuale e quello comune nella coppia amorosa?

Queste domande hanno guidato la nostra ricerca e ci hanno consentito di prendere in esame alcuni dei contributi presenti in letteratura, approfondendo la tematica all'interno dell'approccio della psicoanalisi relazionale e di quello della terapia sistemico-relazionale. Le risposte a cui siamo pervenuti nel corso di questa comparazione, sembrano spingere la riflessione verso un'ottica sostanzialmente meno negativa: ancora oggi, cioè, è possibile assumersi la responsabilità del proprio desiderio e far sì che la relazione con l'altro sia uno spazio in cui il desiderio può nascere, realizzarsi ed essere sostenuto.

Riferimenti bibliografici

Andolfi, M. (1999). *La crisi della coppia: una prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Baldassarre, M. (2008). *Coppia, famiglia e patologie emergenti*. Roma: Alpes Italia.
Barone, L. e Del Corno, F. (2007). *La valutazione dell'attaccamento adulto*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Benasayag, M. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli Editore.
Castellano, R., Velotti, P. e Zavattini, G.C. (2010). *Cosa ci fa restare insieme: attaccamento ed esiti della relazione di coppia*. Bologna: Il Mulino.

Freud, S. (2012). *Introduzione al narcisismo e Inibizione sintomo e angoscia*. Torino: Bollati Boringhieri.
Galimberti, U. (2010). *L'ospite inquietante*. Milano: Feltrinelli Editore.
Minolli, M. (2005). Psicoanalisi della relazione di coppia. *Ricerca Psicoanalitica*, 2, 219-242.
Mitchell, S.A. (2003). *L'amore può durare?* Milano: Raffaello Cortina Editore.
Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre?: la paternità nell'epoca ipermoderna*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Recalcati, M. (2012). *Ritratti del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Recalcati, M. (2014). *Non è più come prima: elogio del perdono nella vita amorosa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Scabini, E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia: sviluppo dei legami e trasformazioni sociali*. Torino: Bollati Boringhieri editore.
Scabini, E. e Cigoli, V. (2000). *Il familiare: legami, simboli e transizioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Velotti, P. e Zavattini, G.C. *Attaccamento adulto e relazione di coppia: schemi del passato e disconnessioni del presente*. Testo disponibile al sito:
http://www.academia.edu/2553285/Attaccamento_adulto_e_relazione_di_coppia_schemi_del_passato_e_disconnessioni_del_presente
Willi, J. (1991). *Che cosa tiene insieme le coppie*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.
Willi, J. (2001). *La collusione di Coppia*. Milano: Franco Angeli.
Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock (trad. it. Gioco e realtà, Armando, Roma, 1974).

ANORESSIA E BULIMIA TRA COGNIZIONE, AMORE E RELAZIONE

di Francesca Bertoncini
Psicologa Psicoterapeuta

L'anoressia viene riconosciuta come fenomeno clinico specifico nel 1873 in Francia da Ernest Charles Lasègue, il quale con il suo libro intitolato "L'anorexie hystérique" sarà il primo a circoscriverla all'interno di una sindrome psicopatologica autonoma. Negli stessi anni, ma in Inghilterra, Sir William Gull, compie la stessa operazione nosografica, usando il termine anorexia nervosa. Dalle riflessioni di questi due psichiatri fino ai giorni nostri, l'interesse clinico verso tale sindrome, come dei disturbi alimentari in genere, resterà sempre molto vivo e oggetto di studi negli svariati ambiti della salute, anche in virtù della sua mutevolezza nel corso delle epoche (Bruch, 1977).

I disturbi dell'alimentazione si annoverano attualmente tra le forme più aspre e diffuse di disagio nelle società occidentali, presenti trasversalmente in ogni classe sociale e durante l'intero arco di vita, costringendo ad una dissociazione di tali patologie dalla classe borghese e dalla fase adolescenziale. Sebbene il passaggio dall'infanzia all'età adulta resti un terreno fertile per il loro esordio, assistiamo ad una estensione della forbice di tempo, con esordi precoci e cronicizzazioni fino in tarda età. Ciò che resta invariato è il loro carattere preminentemente femminile (Recalcati e Zuccardi Merli, 2006).

Oggetto di interesse del presente lavoro sarà un confronto tra prospettive cognitive e psicoanalitiche rispetto all'inquadramento e all'eziopatogenesi dei disturbi alimentari. Questi orientamenti psicologici, con le loro difformità di pensiero, ne ricercano il senso in luoghi profondamente diversi; se per l'approccio

cognitivo-comportamentale i disturbi dell'alimentazione sono essenzialmente disturbi cognitivi, eleggendo i pensieri disfunzionali sul cibo a responsabili dei comportamenti alimentari patologici, per quello psicoanalitico il discorso dominante è quello dell'amore, non dell'appetito.

Inquadramento e diagnosi

Una prima divergenza la si riscontra nelle operazioni di classificazione e diagnosi. La visione medico scienziata del modello cognitivo-comportamentale, fa ricorso all'ultima versione del manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (American Psychiatric Association, 2013), per dare una definizione dei disturbi, operare una distinzione in codici nosografici e delinearne i criteri diagnostici.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.

Così recita il DSM-5 in merito alla definizione, e così prosegue per quanto riguarda i criteri diagnostici di quelle che sono considerate le principali categorie del disturbo, oggetto dell'interesse particolare di questo articolo:

– Anoressia nervosa

- A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alla necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di

sviluppo e salute fisica. Il peso significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale (IMC di 18,5 Kg/m²).

- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

– **Bulimia nervosa**

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - 1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Il punto di vista psicoanalitico è guidato invece nel processo di diagnosi differenziale dal criterio

strutturale riprendendo la freudiana articolazione in nevrosi e psicosi.

L'anoressia e la bulimia rientrano nel campo della *psicosi* quando hanno la funzione di barriera nei confronti dell'Altro divorante, una protezione dall'essere il suo esclusivo oggetto di godimento. Nella *nevrosi* il rifiuto del cibo si pone invece in posizione dialettica con l'Altro, assumendo una funzione provocatoria e di ricatto. All'interno della struttura nevrotica è possibile un'ulteriore declinazione che delinea la sfida all'Altro in modo peculiare: sul versante isterico l'idea centrale sarà quella di suscitare la mancanza e quindi il desiderio dell'Altro, sul versante ossessivo si realizzerà una chirurgica separazione tra godimento e corpo, una quantificazione della vita, in peso calorie pezzettini di cibo, in cui il reale e la contingenza trionfano sull'imprevisto, sui rischi, sottraendosi all'incertezza che l'incontro con l'Altro e soprattutto con il suo desiderio comporterebbe. L'anoressia e la bulimia non indicherebbero la struttura della persona ma solo la sua espressione, rendendo quindi centrale indagare le differenze strutturali di fondo piuttosto che l'aspetto fenomenologico del sintomo, aspetto che oltretutto in tali casi assume carattere di inequivocabile evidenza (permettendo diagnosi a vista come nel caso dell'anoressia) (Recalcati, 2007). La sintomatologia anoressico-bulimica oltre che con evidenza, si riproduce in maniera seriale e monotona permettendo di collocare con chiarezza il soggetto che ne soffre all'interno delle categorie descrittive sopracitate.

I due approcci, condividendo l'uniformità ripetitiva della fenomenologia dei sintomi alimentari, sembrano fare un movimento di convergenza, concependo le categorie diagnostiche tradizionali come un artefatto che non rispecchia in modo adeguato la realtà clinica. Infatti, numerosi studi suggeriscono che i disturbi dell'alimentazione siano manifestazioni diverse di un'unica psicopatologia specifica.

Questa linea comune non trova poi conferma nella sua espressione teorica: l'approccio cognitivo comportamentale delinea la teoria transdiagnostica considerando i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria; la psicanalisi, in modo particolare la fronda lacaniana, mossa dal principio di soggettività, sosterrà una declinazione al plurale della

malattia, e quindi l'esistenza di molteplici anoressie e bulimie.

La visione transdiagnostica

Fairburn (2010), alla luce delle considerazioni sulle evidenze cliniche e sul loro decorso, sostiene che le pazienti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS, abbiano una grande quantità di caratteristiche comuni e che la migrazione diagnostica avvenga all'interno di queste categorie piuttosto che evolvere in altri disturbi psichiatrici. Queste due caratteristiche suggeriscono che le pazienti abbiano *un* disturbo dell'alimentazione, ma non un particolare disturbo dell'alimentazione e l'esistenza di meccanismi transdiagnostici deputati a giocare un ruolo centrale nel suo mantenimento.

I presupposti epistemologici della teoria cognitivo-comportamentale formulano che le cognizioni siano elementi in grado di influenzare emozioni e comportamenti. Così i disturbi dell'alimentazione sono essenzialmente disturbi cognitivi condividendo come nucleo psicopatologico uno schema di autovalutazione disfunzionale attraverso il quale la persona attribuisce un'eccessiva importanza alla valutazione della forma del corpo, del peso e al loro controllo. Tale nucleo psicopatologico è responsabile della messa in atto di comportamenti disfunzionali agendo la sua influenza maggiore sulle abitudini alimentari. Ciò risulta dai sostenuti ed estremi tentativi di limitare l'ingestione di cibo (restrizione dietetica cognitiva). La preoccupazione per il peso può prendere la forma del monitoraggio di ogni sua minima variazione oppure del volerne rimanere all'oscuro. Stessi comportamenti vengono messi in atto nei confronti della forma del corpo, con focalizzazione sulle parti che non si amano o rifiuto di guardarsi. Evitamento e controllo contribuiscono entrambi a mantenere l'eccessiva attenzione sul corpo e sul peso e ad eleggere il cibo a oggetto fobico.

Il modello transdiagnostico risulta essere una combinazione delle teorie della bulimia nervosa e dell'anoressia nervosa restrittiva, in quanto studi prospettici sul decorso naturale della bulimia nervosa hanno evidenziato che i livelli di

eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo predicono la persistenza di episodi bulimici e che la restrizione dietetica cognitiva media questa relazione (Fairburn, 2010).

Nel dettaglio, nella bulimia, lo schema di autovalutazione disfunzionale conduce il soggetto a seguire diete rigide, numerose regole alimentari difficili da rispettare che inevitabilmente lo conducono a infrangerle, spesso in associazione alle difficoltà e ad emozioni negative. Tale trasgressione porta ad abbandonare completamente ogni limitazione e a lasciarsi andare all'impulso di mangiare sfociando nell'episodio di abbuffata. L'abbuffata a sua volta ha il poter di mantenere vivo il nucleo patologico dell'eccessiva preoccupazione incoraggiando nuovamente la restrizione dietetica e così il rischio di una nuova abbuffata.

Fairburn, Cooper e Shafran (2003) sostengono che la teoria cognitivo-comportamentale della bulimia nervosa può essere estesa a qualsiasi altro disturbo alimentare, condividendo lo stesso nucleo patologico. Nell'anoressia quindi assistiamo allo stesso sforzo estremo di pazienti con bulimia nervosa di limitare il cibo ingerito per poi mettere in atto comportamenti compensatori come l'eccessivo esercizio fisico o l'uso improprio di lassativi e diuretici.

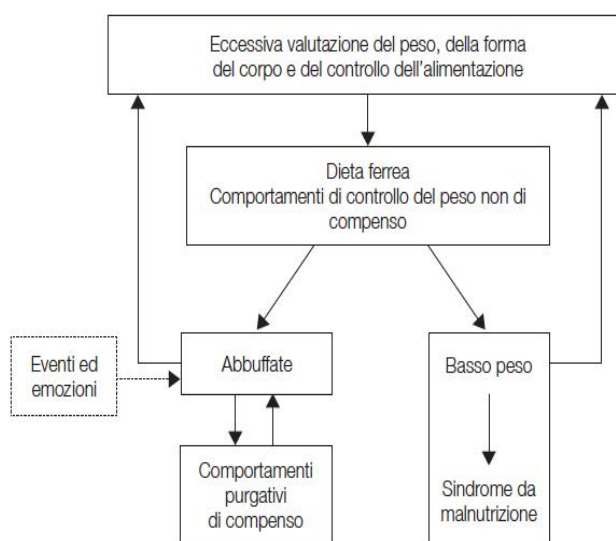


Figura 1. La Teoria Cognitivo Comportamentale Transdiagnostica

L'abbuffata non può più essere considerata il fattore discriminante tra le due categorie diagnostiche, in quanto esiste un sottogruppo di pazienti con anoressia nervosa che abbuffa (anche se spesso di abbuffate soggettive).

Se i punti in comune tra i due disturbi sono evidenti quando sono visti trasversalmente, diventano ancora più evidenti da una prospettiva longitudinale. Nei pazienti che non guariscono dall'anoressia nervosa, il crossover alla bulimia nervosa è un evento frequente, il risultato è che circa un quarto dei pazienti con bulimia nervosa ha avuto anoressia nervosa nel passato. Questo movimento, dall'anoressia nervosa alla bulimia nervosa, riflette uno spostamento dell'equilibrio tra l'ipoalimentazione e la sovralimentazione, con la prima che smette di essere dominante nella sua influenza sul peso corporeo.

La principale differenza tra i due disturbi risiede appunto nell'equilibrio tra ipoalimentazione e sovralimentazione. Se nella bulimia si compensano tenendo il peso corporeo nella norma, nell'anoressia sono i tentativi di limitazione alimentare ad avere più successo conducendo le pazienti ad un significativo sottopeso.

La teoria psicoanalitica parla a tale proposito di discorso anoressico-bulimico: anoressia e bulimia non sono alternative che si autoescludono ma due facce della stessa medaglia e considerarle due posizioni distinte non permette di cogliere la logica che inestricabilmente le fa dialogare. Ma se nella teoria cognitivo-comportamentale sono stati i processi patologici della bulimia ad essere estesi agli altri disturbi, per la psicoanalisi è l'ideale anoressico del corpo magro a governare in entrambi i casi. "La bulimia è un dialetto dell'anoressia; la lingua madre resta, in effetti, quella anoressica mentre la posizione bulimica non è altro che un deragliamento del progetto anoressico" (Recalcati, 2007, p.26).

Secondo la stessa logica, l'anoressia può essere considerata una bulimia virtuale, rappresentando la gabbia entro la quale rinchiudere la propria fame percepita come potenzialmente illimitata.

Cause di sviluppo del disturbo

Per quanto invece concerne la comprensione delle cause del disturbo, dal punto di vista

cognitivo-comportamentale, Dalle Grave (2005) suggerisce l'esistenza di una complessa combinazione tra predisposizione genetica e specifici fattori di rischio ambientali; rimane sconosciuta la portata dei processi causali individuali coinvolti e di come fattori genetici e ambientali interagiscano.

Viene proposta una teoria eziologica multifattoriale che comprende:

- *Fattori di rischio generali.* Si annoverano, tra questi, caratteristiche non modificabili quali il sesso femminile, l'adolescenza o prima età adulta e il vivere nella società Occidentale.
- *Fattori di rischio generici.* Possono essere presenti anche in altri disturbi e sono rappresentati da un'infanzia caratterizzata da timidezza, autosvalutazione, scarsità di amici, accondiscendenza; la presenza di altri disturbi psichiatrici, nella persona e nei genitori; problematiche relazionali in famiglia, tra i quali degni di nota ritengo essere l'ipocoinvolgimento o ipercoinvolgimento dei genitori; eventi distruttivi come la malattia cronica o la morte di un genitore, gravi problemi personali di salute; frequenti traslochi; abusi sessuali o fisici, che saranno considerati anche tra i fattori precipitanti.
- *Fattori di rischio specifici.* Sono presenti solo nei disturbi dell'alimentazione e riguardano tutte quelle circostanze che aumentano il rischio di fare diete e la presenza di familiari con disturbi dell'alimentazione.
- *Fattori precipitanti.* Per essere considerati tali devono comparire nell'anno che precede l'insorgenza del disturbo e sono riassumibili in eventi luttuosi, separazioni, cambiamenti importanti, malattie, fallimenti di vario genere.

Tutti questi fattori di rischio vengono definiti come antecedenti al disturbo aumentandone le probabilità di sviluppo, senza quindi la possibilità di definire una linearità di tipo causale inequivocabile; viene, inoltre, sottolineato come sia possibile sviluppare un disturbo dell'alimentazione senza mai incontrare nella propria vita tali fattori.

Il modello multifattoriale spiega anche l'esistenza di fattori di mantenimento specifici e aggiuntivi implicati nel tenere in vita i processi patologici sopra descritti.

Lo schema di autovalutazione disfunzionale è il più importante fattore di mantenimento specifico del disturbo, dato che la maggior parte delle caratteristiche cliniche deriva proprio da questa psicopatologia nucleare. Ne sono esempi la preoccupazione per l'alimentazione, il peso e le forme corporee, i comportamenti del controllo del peso estremi, i comportamenti di check del corpo e gli evitamenti dell'esposizione del corpo. Sono fattori di mantenimento aggiuntivi il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare, l'intolleranza alle emozioni e i problemi interpersonali (Dalle Grave, 2005).

La psicoanalisi dal canto suo insegna a guardare al sintomo come espressione di una verità rimossa dal soggetto piuttosto che come l'alterazione di una sua funzione (Recalcati, 2007). Propone di rivolgersi all'anoressia e alla bulimia come portatrici di un significato più profondo, che parla di relazioni e passioni, oltre l'alterata funzione alimentare e un appetito da normalizzare.

Freud spiega l'anoressia con il suo rifiuto per il cibo come sintomo di conversione isterica. La persona si dimostrerebbe incapace di superare la fase orale in termini pulsionali, sessualizzando la funzione alimentare e rimuovendo l'appetito.

Lacan (2005) segue le tracce dell'ipotesi della fissazione alla fase orale, per trovare il suo fondamento della patologia proprio nella fase di svezzamento. Quando l'allontanamento dal seno materno non realizza una sana separazione ma una perdita della simbiosi fusionale con il materno, si crea una nostalgia che si perpetua nell'impossibilità di ripetere il godimento del primo soddisfacimento, l'essere un solo corpo, in una relazione esclusiva (il seno sarebbe già di per sé un oggetto surrogatorio, è riduzione immaginaria compensatoria di ciò che è invece nella realtà impossibile da riavere, perduto per sempre, ovvero l'unione intrauterina con la madre).

Il rifiuto dello svezzamento ne fonda il complesso (il complesso di svezzamento) implicando una fissazione non sublimata all'Imago materna. Immagine di un materno che assume anche tratti mortiferi, che mostra appetiti cannibalici inconsci nei confronti del figlio, sostituto simbolico del fallo; è la madre-coccodrillo, la madre tutta madre, che annulla il desiderio femminile in questo ruolo esclusivo

per ottemperare alle sue mancanze di donna. È, junghianamente parlando, il lato terribile del materno che si fa simbolo nell'archetipo della Madre Drago, bisognosa dei figli per la propria sopravvivenza psichica (Daniele et al., 2016). Dovrebbe essere l'intervento del padre, con la sua funzione divaricatrice a mettere un limite al desiderio materno, a mettere ordine con la sua Legge in questo rapporto di simbiosi e ambivalenza.

In assenza di una figura paterna capace di compiere la sua funzione simbolica di regolazione e differenziazione, può essere la risposta anoressico-bulimica a istituire una separazione tra la figlia e la madre articolando le varie sfaccettature del rifiuto.

Resistere al cibo (o assimilarlo incontrollatamente) dà la possibilità di sentirsi un soggetto distinto dall'Altro asfissiante, impeccabile nel rispondere a qualsiasi bisogno nel registro dell'avere ma manchevole nel trasmettere il segno del proprio amore. Amore che per Lacan si esprime nella possibilità di suscitare mancanza nell'Altro. Allora l'anoressia-bulimia diventa una domanda disperata di questo amore, il rifiuto un appello accorato al genitore in cerca di una risposta al dubbio "tu mi puoi perdere?". L'anoressica prende il proprio corpo in ostaggio in una forma di ricatto, la bulimica reagisce compensando la frustrazione d'amore con l'incorporazione in eccesso dell'oggetto-cibo senza mai raggiungere la sazietà desiderata. Quest'ultima è anche la condizione generale della società capitalista, nella quale i disturbi alimentari trovano terreno fertile in virtù del diktat vigente della soddisfazione immediata del godimento attraverso il consumo dell'oggetto.

Il mercato e la sua offerta sconfinata di beni tendono a omologare i gusti e i bisogni delle persone, scollegandole dai loro peculiari desideri e rendendo sempre più impossibile colmare quel vuoto che per costituzione li abita ma che sta nell'altro registro, quello dell'essere.

È in questo contesto, e in virtù del mito odierno dell'immagine, che assistiamo alla nascita di una vera e propria religione del corpo, corpo da asservire alla propria volontà agendo un controllo assoluto su di esso, un dominio sui propri desideri tanto radicale quanto impossibile

e, se l'anoressia rappresenta il trionfo di questo ideale, la bulimia ne è il suo fallimento.

La relazione come ponte tra cognizione e desiderio dell'Altro

Nel grande divario che separa la prospettiva cognitivo-comportamentale e quella psicoanalitica è possibile collocare il modello cognitivo-evoluzionista, che segna la svolta relazionale della psicoterapia cognitiva grazie al suo incontro con la teoria dell'attaccamento concepita dallo psicanalista John Bowlby.

In questo modello il primato delle cognizioni cede il passo alla centralità delle emozioni nella progressiva costruzione della coscienza, autoconoscenza e nella genesi delle psicopatologie. Quest'ultime sarebbero riconducibili all'attaccamento di carattere disorganizzato, responsabile del fallimento nella regolazione e nel riconoscimento delle emozioni, oltre all'incapacità di costruire rappresentazioni coerenti e unitarie di sé-con-l'altro. La psicopatologia trova quindi senso e spiegazione all'interno di una dimensione intersoggettiva (Liotti, 2001).

In questa prospettiva i disturbi alimentari possono essere la conseguenza dello scompenso di un'organizzazione che ha strutturato il proprio significato in senso "dappico" (*organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni*). L'autorganizzazione del significato personale trova le sue radici nell'esperienza di uno stile di attaccamento ambivalente con i genitori; essi si dimostrano dediti al benessere e all'educazione dei figli, più preoccupati dell'opinione altrui rispetto alla propria immagine che al tenere un comportamento parentale realmente dedito alla cura del figlio, ai suoi bisogni di supporto e calore emotivo.

Mancando la possibilità di una sintonizzazione tra comportamento del genitore e bisogno del figlio, si genera in quest'ultimo la difficoltà a riconoscere, decodificare ed esprimere in modo autonomo i propri stati emotivi interni. Il risultato sarà un sé vago e oscillante necessariamente legato all'esterno per riconoscersi e definirsi, e accompagnato da un senso di vuoto e incompetenza personale (Guidano, 1992).

Oltre ai ritmi desincronizzati, anche l'atteggiamento parentale intrusivo minaccia l'emergere un senso di sé unitario, coerente e demarcato dagli altri; l'unica possibilità per essere riconosciuto sarà quella di stare in una relazione invischiata con la figura di attaccamento aderendo alle sue aspettative. La preoccupazione per il giudizio diventa così preminente e si declina, nell'atteggiamento verso se stessi, nel perseguimento di standard di perfezione assoluti e convenzionali, nell'atteggiamento verso gli altri in oscillazioni tra idealizzazioni e svalutazioni. La delusione è l'emozione cardine in queste vicissitudini.

La bulimia incarnerebbe, la resa al fantasma della delusione, all'ineliminabile rifiuto e abbandono altrui, l'anoressia la ribellione agli altri deludenti. Il corpo e l'immagine diventano divengono veicolo privilegiato per stare in relazione con gli altri e con se stessi in quanto il mondo interiore deve essere mascherato in virtù di una difficoltà di accesso alle proprie e altrui emozioni e l'impossibilità di mostrarsi come veramente si è. Adeguarsi alla volontà e alle aspettative degli altri significativi diventa l'unica possibilità per salvaguardare la relazione con essi. Per sottrarsi al rischio del giudizio, l'autenticità e la genuinità sono sacrificate lasciando al sintomo alimentare il compito di definire la propria personalità in contrasto con quella dell'altro.

Conclusioni

I dati attuali sull'incidenza di questo disturbo sono piuttosto allarmanti. Solo nel contesto italiano il Ministero della Salute conta 8500 nuovi casi all'anno e una percentuale del 5% di persone colpite nella popolazione generale. Oltre al suo dilagare, sembra difficoltoso anche far fronte ad una loro esauriente comprensione; nemmeno l'etimologia delle parole anoressia e bulimia, facendo entrambe riferimento al concetto "appetito" (*an-órexia* per mancanza di appetito e *bús-límós* per fame da buie), possono più essere d'aiuto in questo senso.

L'unico argomento che a mio avviso appare ricorrere come filo conduttore in quanto sopra esposto è quello del vuoto, nei termini, cercando una semplificazione di vaghezza del sé e vuoto emotivo.

Liotti (2001) riporta tipiche affermazioni di pazienti con disturbi alimentari rispetto ad autovalutazioni “non so cosa voglio”, “non ho personalità”, “non ho carattere”. Tali descrizioni sono la conseguenza di un’alternanza tra un senso di vuoto ed una esperienza di sé poco definita. Delusioni, rifiuti o disconferme fanno leva sulla vaghezza del senso di sé gettando la persona in estrema confusione.

La vaghezza del senso di sé può ricordare il concetto lacaniano di mancanza-a-essere, definibile come una mancanza incolmabile, inappagabile in termini materiali.

Tanto impossibile è questa meta che i disturbi dell'alimentazione traducono tale mancanza in una passione per il vuoto, cercando bramosamente di raggiungerlo e custodirlo. L'anoressica restrittiva si identifica con il vuoto, mangiando il niente, scarnificando il proprio corpo; la bulimica lo ricerca alla fine di ogni abbuffata con la pratica del vomito. Ma il pieno che realizza abbuffando non è quello al quale aspira realmente, e una volta stracolma di cibo diviene evidente la sua essenza fallimentare a fare “segno +” nel suo bisogno di amore (Recalcati, 2007).

La sintomatologia anoressico-bulimica, con il suo circuito del godimento, tra pieno e vuoto è costantemente impegnata a riparare, seppur in modo fallimentare, il vuoto lasciato dall'assenza del Nome del Padre. Un padre la cui parola non è più in grado di tenere uniti il desiderio e la Legge.

La legge che mette il freno al godimento pulsionale illimitato sarebbe l'unica legge a permettere l'umanizzazione ed è anche l'unica legge che introducendo il limite permette ad ogni soggetto di interrogarsi rispetto ad un desiderio personalizzato che possa sostanziare la propria esistenza, piuttosto che lasciarsi travolgere da un godimento famelico non mai saziabile.

Il soggetto finisce così per perdersi nell'illusorietà di un vasto orizzonte di possibilità e di cose, incapace di sentire, riconoscere e perseguire la propria spinta vitale, l'unicità del proprio desiderio. E dove manca il desiderio può far presa la pulsione di morte.

L'anoressia e la bulimia non a caso sono caratterizzate da una sintomatologia che investe violentemente il corpo, la salute globale del

soggetto mettendone a repentaglio la vita. In alcuni casi di anoressia melanconica la morte assume proprio i tratti di suicidio differito.

Anche per questo motivo una maggiore ricerca e una maggior comprensione delle cause del disturbo sono sicuramente necessarie, provando a ricercarne il senso sulla strada che collega la psicologia, la psichiatria e la medicina, da qualche parte tra corpo e anima.

Riferimenti bibliografici

- APA (2013). *DSM-V. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bruch, H. (1977). *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Dalle Grave, R. (2005). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*. Verona: Positive Press.
- Daniele, M.T, Pinto, M. e Manna, V. (2016). *Il cibo come droga. Un approccio integrato ai disturbi del comportamento alimentare nel XXI secolo*. Roma: Alpes Italia
- Fairburn, C.G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. In A. Carrozza e R. Dalle Grave (a cura di). Firenze: Eclipsi.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. e Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 509-528.
- Guidano, V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lacan, J. (2005). *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*. In Di Ciaccia, A. (a cura di). Torino: Giulio Einaudi editore.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Recalcati, M e Zuccardi Merli, U. (2006). *Anoressia, bulimia e obesità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Recalcati, M. (2010). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano-Torino: Bruno Mondadori.

IL TONICO DELLA SENSIBILITÀ. TEORIA DELL'ATTACCAMENTO E RELAZIONE TERAPEUTICA.

di Elena Arena
Psicologa Psicoterapeuta

John Bowlby, psicoanalista facente parte della Società Psicoanalitica, elabora la teoria dell'attaccamento con l'esplicito proposito di riportare la psicoanalisi allo statuto epistemologico delle altre branche della medicina, basate sulle scienze empiriche: "il mio credo era che la psicoanalisi avrebbe fatto progressi solo sviluppandosi su basi molto scientifiche" (Bowlby, 1990). Tale teoria è diventata negli ultimi decenni un patrimonio comune della cultura psicologica perché è stata il punto di partenza di un imponente numero di ricerche che hanno contribuito a riconsiderare le relazioni tra genitori e bambini rispetto ai classici modelli psicodinamici. Silvermann (2001) ha osservato come Freud ci abbia lasciato una importante eredità in quanto molto della teoria freudiana influenza la nostra attuale prospettiva; tuttavia, ritiene che la teoria di Freud possa essere arricchita dai recenti studi sullo sviluppo grazie alla funzione di regolazione degli affetti del sistema dell'attaccamento. Lo spostamento dell'attenzione dal mondo intrapsichico delle fantasie a quello della vita reale, con le sue relazioni concrete, ma ancora di più il conflitto con le teorie pulsionali hanno determinato scarso consenso alla teoria dell'attaccamento tra gli psicoanalisti. Nonostante la progressiva "svolta relazionale" ed il crescente interesse per i temi legati alle interazioni reali durante lo sviluppo ad opera di psicoanalisti quali Winnicott e Sullivan, si è dovuto aspettare tempo affinché settori della comunità psicoanalitica iniziassero ad interessarsi della teoria

dell'attaccamento e ad utilizzare i concetti nella pratica analitica (Ammanniti, 2009).

Lo sviluppo della teoria dell'attaccamento

Bowlby, muovendosi all'interno della Società Psicoanalitica, allora dilaniata da due fazioni in contrasto - una guidata da Melanie Klein e l'altra da Anna Freud - dove l'oggetto del contendere era come interpretare l'assunto di Freud secondo cui il "nocciolo della nevrosi" va rintracciato nel complesso edipico, si apre un varco tra di loro e costruisce un percorso proprio. Se da un lato la Klein sosteneva che le fantasie infantili relative a fantasie o abusi da parte dei genitori non erano collegate ad esperienze reali e che le nevrosi erano da ricondurre a primitivi impulsi aggressivi rimossi, Anna Freud continuava a considerare il complesso edipico e le fantasie incestuose e sessuali come il punto di partenza dei sintomi. Bowlby finisce con il contrapporsi alle teorizzazioni di entrambe, proponendo una visione del legame primario tra madre e bambino privo di relazione con la sessualità. Richiama l'attenzione sugli esiti delle separazioni dai genitori e delle esperienze reali dei piccoli con le loro figure di accudimento (Fonzi, 2001). La teoria dell'attaccamento nasce proprio dall'osservazione degli effetti della deprivazione delle cure materne e di altre esperienze fortemente negative durante lo sviluppo. Essa postula l'esistenza della tendenza innata nell'uomo a ricercare la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta in situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine (Bowlby,

1969; 1973; 1980). Tale tendenza corrisponde a una conoscenza che, pur basata su uno schema cognitivo innato, per divenire pienamente operativa, deve essere completata dalle concrete conoscenze derivanti dal contatto del bambino con le prime figure di attaccamento. Queste conoscenze vengono progressivamente inglobate in schemi cognitivi che Bowlby chiama Internal Working Models o Modelli Operativi Interni (MOI), insiemi di memorie e aspettative riguardanti tanto il sé del bambino quanto gli atteggiamenti dei genitori in risposta alle richieste di vicinanza che il bambino rivolge loro. I Modelli Operativi Interni sono conoscenze di sé-con-l'altro, ossia schemi cognitivi interpersonali. Si può quindi dire che il bambino è percepito da una prospettiva interazionale, focalizzata sugli aspetti relazionali. Bowlby (1969) fu il primo psicoanalista della sua generazione ad usare nozioni di etologia per descrivere il fondamento biologico e innato che regola la ricerca di vicinanza del bambino ad un caregiver principale. Egli vide il legame madre-bambino come uno scopo evolutivo primario e indipendente e non come un mezzo volto a soddisfare semplicemente bisogni fisiologici quali la fame.

Secondo la Ainsworth, l'idea dell'attaccamento venne a Bowlby "in un lampo" quando nel 1952 lesse i lavori di Konrad Lorenz e Niko Tinbergen. Da Lorenz ed i suoi esperimenti, Bowlby derivò il concetto di *imprinting* che lo portò a focalizzare l'attenzione sul fatto che la specie umana, analogamente a quanto accade in altre specie, potrebbero essere rintracciabili durante lo sviluppo dei *periodi sensibili* durante i quali è maggiormente presente una prontezza ad apprendere in maniera rapida le caratteristiche della figura allevante, caratteristiche che, attraverso un processo di "imprinting filiale", potrebbero essere fissate in maniera più o meno permanente (Fonzi, 2001).

Essenzialmente, le nostre esperienze precoci conformano modalità caratteristiche di relazionarsi con gli altri, di affrontare momenti difficili e di flusso delle emozioni, rappresentando l'ossatura della vita emotiva conscia ed inconscia, la storia invisibile di ciascun individuo.

Del resto, lo stesso Freud si vedeva come una sorta di archeologo della persona. Se Freud

cercava sotto la superficie della personalità le motivazioni primarie, gli impulsi sessuali e aggressivi che considerava il motore nascosto della vita umana, il contributo delle neuroscienze ha cercato le strutture nascoste delle relazioni che sono tessute nel nostro corpo e nel cervello durante la prima infanzia (Gerhardt, 2006).

C'è qualcosa di potente in questi temi precoci delle nostre vite, che la teoria del caos può aiutare a spiegare; tale teoria suggerisce che piccole differenze all'inizio di un processo possono condurre a risultati assai diversi. Questo periodo della vita non si ricorda e non si dimentica (Gerhardt, 2006). C'è qualcosa sotto la superficie, ci sono delle forze che spingono, ma che non sono le forze che Freud ha descritto. Egli le considerava come impulsi corporei innati e pensava che questi impulsi entrassero in conflitto con le regole sociali e la pressione imposta dalla civiltà che l'individuo interiorizza mentalmente come un "Super-io" interno, creando un conflitto interno che solo un "Io" capace di esercitare un forte controllo può gestire. Questa teoria ha avuto una grande influenza, ma nonostante possa essere adeguata alla storia personale di Freud, non sembra dar conto della moderna sensibilità che è meno condizionata dalle pressioni sociali.

Molti aspetti delle funzioni corporee e del comportamento emotivo sono determinati dalle interazioni sociali. Come ha messo in luce Peter Fonagy (2001), ricercatore che si è distinto nello studio dell'attaccamento precoce, il cervello è "un organo sociale", vale a dire la nostra mente e le nostre emozioni si organizzano attraverso il legame con altre menti, non nell'isolamento.

Qualsiasi bambino può essere "personalizzato" in base alle circostanze e all'ambiente in cui si sviluppa. La crescita del cervello, che accade in modo molto rapido nel primo anno e mezzo di vita, può non progredire adeguatamente se il bambino non trova le condizioni appropriate al suo sviluppo, come in una pianta radici forti e una buona crescita dipendono dalle condizioni ambientali. Il bambino è come un germoglio nella sua semplicità psicologica. Jaak Panksepp (1998) sostiene che "le strutture emozionali che sono state individuate negli animali corrispondono a quelle che sono ritenute essere le strutture emozionali primarie degli umani". Tuttavia, ciò che distingue i neonati umani da

quelli di altri mammiferi è la **sensibilità** che il bambino possiede per l'interazione con altri umani. Fin dalla nascita, infatti, imitano i movimenti facciali dei genitori, dirigendo la propria attenzione verso i volti.

Il nostro cervello sociale risiede nella corteccia orbifrontale, la quale assieme al cingolo anteriore e ad altre parti della corteccia prefrontale è probabilmente la parte del cervello più responsabile di quella che Daniel Goleman (1996) chiama "intelligenza emotiva".

Un bambino non è in grado di sviluppare la corteccia orbifrontale da solo, poiché tale sviluppo dipende dalle relazioni che egli ha con le persone a sua disposizione. Essere tenuto tra le braccia con amore è il più grande stimolo allo sviluppo, più efficace persino dell'essere allattati. Soprattutto nell'infanzia gli sguardi ed i sorrisi aiutano il cervello a svilupparsi. Schore (2009) suggerisce che sono gli sguardi che trasmettono messaggi positivi a costituire gli stimoli più vitali per lo sviluppo del cervello sociale e dell'intelligenza emotiva. Migliorare la relazione tra i genitori ed i loro bambini è un modo molto più efficace (e meno doloroso) di migliorare la salute mentale di quanto non lo siano moltissimi trattamenti terapeutici per adulti. Proprio perché i bambini sono così adattabili ed in una fase di crescita mentale accelerata, essi possono recuperare e formare nuove abitudini emozionali più velocemente degli adulti. Ciò può avvenire in modo sorprendentemente veloce. Il tonico misterioso che rende vigorosi i bambini non appena lo prendono è la sensibilità (Gerhardt, 2006).

Attaccamento e psicopatologia

La teoria dell'attaccamento invita dunque a considerare, da un lato, il sistema innato di regolazione del comportamento interpersonale e, dall'altro, le strutture cognitive che si sviluppano nel contesto della concreta rete di relazioni, in cui il bambino si trova immerso fin dall'infanzia. Si individuano pertanto tre costrutti principali (Bowlby, 1969; 1973; 1980): il sistema di attaccamento organizza in modo flessibile i comportamenti di attaccamento (ricerca di vicinanza o prossimità, pianto o protesta per la separazione) rivolti al caregiver. L'espressione di emozioni, quali paura, collera, tristezza, gioia,

sicurezza, costituiscono il modo principale di modulare la richiesta di cura e vicinanza (si pensi al pianto del bambino che richiama l'attenzione protettiva della madre, alla sua vivace protesta quando questa si allontana, al sorridente rilassamento che segue la cura ricevuta dalla madre).

La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; 1988), come abbiamo già visto, sostiene che il bambino costruisce rappresentazioni di sé e della figura di attaccamento chiamate Modelli Operativi Interni. I MOI contengono la rappresentazione di sé e del caregiver nelle relazioni di attaccamento, organizzano pensieri e ricordi e guidano i comportamenti futuri di attaccamento, per cui il comportamento di attaccamento, di per sé innato, si differenzia in funzione dell'esperienza e viene organizzato secondo i pattern sicuro, evitante, ambivalente oppure risulta disorganizzato. Quando i comportamenti di attaccamento (pianto, richiamo) falliscono costantemente nel raggiungere il caregiver, il bambino è costretto a sviluppare strategie difensive che escludano queste dolorose informazioni dalla consapevolezza. E uno dei peggiori stress che un essere umano possa sperimentare è la perdita di un legame affettivo.

Molti sono i contributi che hanno messo in evidenza gli effetti dello stile di attaccamento sulle relazioni che il bambino prima, e l'adulto poi agisce nella relazione con l'altro. Bowlby ha infatti concretamente aperto la strada agli studi della Ainsworth (1978), che hanno portato all'individuazione dei tre tipi di attaccamento grazie alla procedura della *Strange Situation*, per poi passare al contributo di Mary Main (1996), che ha permesso di studiare gli schemi narrativi e gli stati della mente legati ai modelli di attaccamento. Nonostante esistano, tra i diversi studi, differenze sostanziali, si può legittimamente sostenere che i bambini con attaccamento sicuro tendono a crescere in maniera più sana in termini di espressione emozionale, di relazioni sociali, più competenti in termini di abilità linguistiche e livello di rendimento e ad avere una immagine di sé più positiva rispetto ai bambini con attaccamento insicuro (Grossmann et al. 1999).

I bambini con attaccamento disorganizzato hanno maggiori probabilità di avere gravi

problemi di relazione a scuola, di manifestare comportamenti aggressivi e una varietà di disturbi psichiatrici (Solomon e George, 1999). Bambini con attaccamento sicuro nella *Strange Situation* affrontano con più serenità episodi ripetuti di competizione con i coetanei rispetto ai bambini il cui attaccamento era stato valutato come insicuro.

Nella *Strange Situation* vengono classificati come attaccamento disorganizzato casi in cui i bambini mostrano di cercare la figura di attaccamento durante la separazione per poi evitarla attivamente durante la riunione. Studi longitudinali condotti fino all'età scolare dimostrano un aumentato rischio di deficit nel controllo degli impulsi aggressivi, una propensione a risposte di ansia intensa di fronte ad eventi di separazione, una difficoltà nello sviluppo metacognitivo, cioè nella capacità di riflettere sui contenuti della propria mente e della mente altrui e una tendenza agli stati di coscienza dissociativi e alla scissione delle rappresentazioni di sé con l'altro (Liotti, 2001).

Queste configurazioni di sviluppo, che seguono alla disorganizzazione dell'attaccamento, suggeriscono l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato sia un fattore di rischio per i disturbi psicopatologici implicanti:

- a) dissociazione o scissione nelle rappresentazioni di sé con l'altro,
- b) carente controllo degli impulsi,
- c) deficit metacognitivi.

Le indagini rivolte a definire gli antecedenti della disorganizzazione nell'attaccamento nel primo anno di vita hanno fino ad oggi identificato una forte correlazione con l'esistenza di lutti o traumi non elaborati ed irrisolti nel genitore verso il quale il comportamento di attaccamento del bambino risulta disorganizzato. Il ricordo del trauma non risolto tende ad affiorare alla coscienza in modo compulsivo, frammentario ed imprevedibile (Liotti, 2001). Quando ciò avviene nella mente di un genitore che sta accudendo il suo bambino, si produrranno espressioni di paura nel volto della figura di accudimento ed il bambino sarà spaventato da tali espressioni. Si crea così nel bambino un conflitto insolubile fra due sistemi motivazionali innati: il sistema dell'attaccamento che lo obbliga a cercare vicinanza e protezione dalla figura di accudimento ogni volta che si trova in pericolo,

e il sistema difensivo più arcaico che lo obbliga a fuggire o ad immobilizzarsi di fronte ad uno stimolo che incute paura (Liotti, 2001).

Dunque, il conflitto tra protezione offerta e paura indotta determinano disorganizzazione dell'attaccamento. L'esperienza di essere accudito da un genitore *frightened/frightening* si riflette in una tendenza a costruire "rappresentazioni di sé con l'altro" nell'attaccamento che sono molteplici e reciprocamente incompatibili, mutando continuamente fra le polarità rappresentative drammatiche del "salvatore", del "persecutore" e della "vittima" (Liotti, 2001).

Risulta evidente la somiglianza fra lo stile rappresentativo frammentato e contraddittorio che emerge del MOI dell'attaccamento disorganizzato ed alcune forme precoci di esperienza frammentata di sé postulata da alcuni modelli psicoanalitici. Un esempio è la perdita di coesione, fino alla frammentazione, dell'esperienza di oggetto/sé dovuta, secondo la Psicologia del Sé (Kohut, 1971), a gravi fallimenti empatici durante l'interazione tra il bambino ed il genitore. Un altro esempio è l'esperienza di sé e dell'oggetto che corrisponde agli effetti della scissione secondo Kernberg (1994), scissione come meccanismo di difesa intrapsichico.

Per George e Solomon (1999), la differenza principale tra la psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento riguarda i meccanismi di difesa. I modelli psicoanalitici classici forniscono una complessa costellazione di difese per interpretare il largo spettro dei fenomeni intrapsichici, quali fantasie, sogni, desideri e impulsi (Kernberg, 1994). Bowlby invece indica due modalità nei termini di esclusione difensiva nel processare l'informazione: la disattivazione (equiparabile alla rimozione) e la disconnessione cognitiva (paragonabile allo splitting). Queste due strategie difensive permettono all'individuo di escludere, in modo organizzato, alcuni aspetti della realtà dalla propria consapevolezza e di separare l'emozione dalla persona o dalla situazione che la hanno suscitata (George e Solomon, 1999).

In relazione alle diverse patologie, Bowlby (1980) sostiene che in certe circostanze queste due forme di esclusione difensiva possono portare a quella forma disorganizzata di

rappresentazione, che egli chiama *segregated system*.

Queste configurazioni di sviluppo, che seguono alla disorganizzazione dell'attaccamento, suggeriscono l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato sia un fattore di rischio per i disturbi psicopatologici implicanti dissociazione o scissione nelle "rappresentazioni di sé con l'altro"; carente controllo degli impulsi; deficit metacognitivi. La mancata integrazione delle rappresentazioni di sé con l'altro può portare all'alternarsi di "altre personalità", reciprocamente dissociate, che compongono il Disturbo Dissociativo dell'Identità, alle oscillazioni fra rappresentazioni scisse, idealizzate e negative, di sé e degli altri nel Disturbo Borderline di Personalità. La disorganizzazione nell'attaccamento può comunque giocare un ruolo determinante nella genesi di alcuni disturbi ossessivo-compulsivi, della bulimia nervosa e dei disturbi di attacchi di panico caratterizzati da gravi esperienze di depersonalizzazione.

Dal momento che si ritiene che molte forme di disturbo mentale dell'adulto abbiano radici nel primo anno di vita e nel modo in cui il bambino impara a contenersi, sorge la questione di come da adulti si possano correggere sistemi rachitici. Quando i bambini non trovano una sensibilità contingente che permetta loro di essere contenuti correttamente, cercano di farlo da soli per come meglio possono. Questo di solito implica la costituzione di modelli di contenimento emotivo di tipo difensivo, sia in direzione di un'autosufficienza, sia in direzione di un eccesso di richieste emotive ma anche oscillando dall'una all'altra. L'equilibrio emotivo in tutti e tre i casi è bloccato. L'opposto degli atteggiamenti difensivi è l'apertura. I sentimenti vanno e vengono, si prende nota, si reagisce, si elaborano quando sorgono.

Numerose ricerche hanno tentato di seguire l'itinerario dello sviluppo dei pattern e dei Modelli Operativi Interni di attaccamento, formati nei primi due anni di vita, fino all'età scolare, all'adolescenza e all'età adulta. Sebbene i Modelli Operativi Interni tendano a persistere nella struttura e nei contenuti fondamentali fino all'età adulta, non si può parlare di un'immodificabilità assoluta, quanto piuttosto di una tendenza alla stabilità.

Bowlby non integra mai le precoci esperienze di attaccamento in un sistema deterministico. Egli considera i modelli di attaccamento non acquisibili definitivamente, ma flessibili e modulabili, ragion per cui non si può con certezza ritenere che una relazione di attaccamento sicura rimarrà sicura per sempre (Bowlby, 1988), dal momento che esperienze emozionali estreme, dovute a separazioni o a perdite, possono portare a un cambiamento nella considerazione di sé e nella qualità dell'attaccamento (Zimmermann e Grossmann, 1997). Ugualmente si può assumere che i Modelli Operativi Interni di una esperienza precoce di attaccamento insicuro possano essere riorganizzati. Questo potrebbe accadere nel caso di una esperienza positiva di attaccamento o successivamente a una psicoterapia (Fonagy, 2001). Il metodo infatti che Freud ha escogitato per curare i pazienti è un metodo dialettico, la "cura della parola", che coinvolge due persone. Stabilire una relazione con qualcuno che ascolta i sentimenti è l'elemento che più favorisce lo sblocco emotivo e la costituzione di nuove, più efficaci strategie emotive (Gerhardt, 2006). Nel rapporto tra terapeuta e paziente si può avere infatti l'occasione per una risposta del terapeuta alle esigenze di attaccamento del paziente diversa da quella che il paziente stesso ha ricevuto prima dai genitori e poi dai partner affettivi (Liotti, 2001).

Attaccamento e psicoterapia negli adulti

Di recente si è cercato di verificare empiricamente la supposizione di Bowlby secondo la quale il sistema dell'attaccamento rimane attivo attraverso gli anni e non si esaurisce nel momento in cui si è in grado di cavarsela da soli. Il costrutto dei Modelli Operativi Interni sembra dare ragione del perché i pattern di attaccamento tendono a mostrarsi negli anni con la stessa qualità.

Così la sicurezza o l'insicurezza per una relazione di cura di tipo complementare dell'infanzia viene trasposta nella sicurezza, o insicurezza, per una relazione di cura reciproca, ad esempio tra terapeuta e paziente oppure tra partner adulti (Hazan e Shaver, 1987).

Secondo la Slade (2008), il valore aggiunto di una psicoterapia "informata" alla teoria

dell'attaccamento proviene non tanto dalla valutazione formale della classificazione dei pazienti in termini di attaccamento, ma piuttosto dalla sensibilizzazione dei clinici al funzionamento del sistema di attaccamento e alle funzioni interne e interpersonali dei processi di attaccamento.

I clinici orientati da questa teoria, secondo la Slade (2008), sulla scorta di quanto suggerito da Bowlby ritengono che la relazione terapeutica attivi il sistema comportamentale dell'attaccamento attraverso la ricerca della vicinanza e possa rappresentare una base sicura per il paziente per l'esplorazione delle tematiche dolorose della sua storia. L'innescò del sistema di attaccamento nella relazione terapeutica comporta inevitabilmente la riattivazione dei MOI, confermati e rafforzati nel corso dello sviluppo. I MOI influenzano la percezione interpersonale e le vicissitudini dell'elaborazione dell'informazione emozionale, riattivando le stesse modalità di lettura del mondo apprese nell'infanzia attraverso la relazione con l'altro significativo. Per certi aspetti sono, dunque, da ritenersi la contro-parte cognitivo-evoluzionista del concetto psicoanalitico di transfert, anche se tra i due vi sono differenze sostanziali (Liotti, 2001).

Nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, va riconosciuta l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento e mai primariamente di quello sessuale o aggressivo. Il compito del terapeuta è principalmente quello di fornire una condizione ottimale e rassicurante al paziente che gli consenta di esplorare i propri modelli rappresentazionali del Sé e delle figure di attaccamento, aiutandolo ad esaminare l'influenza delle relazioni passate sulle proprie modalità relazionali attuali e come queste ultime siano distorte dalle vicende della sua storia di attaccamento. La responsività del terapeuta si esprimerebbe quindi attraverso tre modalità: fornire sicurezza, lavorare nella zona di sviluppo prossimale (dove la paura dell'ignoto può essere sperimentata ma contenuta e i livelli di ansia sono al servizio della terapia) e promuovere l'integrazione dell'esperienza.

Slade (1999) propone una classificazione dell'attaccamento che tenga conto delle componenti di regolazione affettiva e della struttura di regolazione. Ad un estremo del

continuum, dove è minima l'espressione degli affetti e sono massime le strutture per regolare, contenere e sopprimere gli affetti stessi, troviamo il pattern evitante. Affetti, ricordi e cognizioni riguardanti l'attaccamento appaiono come ipercontrollati, come per "disattivare" gli effetti che potrebbero disturbare i rapporti di attaccamento. All'altro estremo del continuum, dove la struttura di regolazione è praticamente assente, e dove gli affetti dissolvono e sovrastano le strutture, rendendole inutili o capaci solo di fornire un'organizzazione transitoria, troviamo il pattern preoccupato (assimilabile al pattern ansioso ambivalente dell'infanzia). Qui, le strategie poste in atto, descritte come "iperattivanti" e rivolte alle figure di accudimento, hanno il fine di assicurarsi da queste conforto e cure. Il pattern sicuro si situa al punto centrale di questo continuum, dove affetti e struttura coesistono in un equilibrio che si riflette nella coerenza e nella "veridicità" della narrazione e nella flessibilità e coesione delle strutture rappresentative.

Secondo Slade, il quarto pattern disorganizzato non è facilmente inquadrabile lungo questo continuum, essendo in un certo senso da un lato una forma estrema del pattern preoccupato, dall'altro del pattern evitante. Altri ricercatori dell'attaccamento, invece, suggeriscono che l'attaccamento possa essere considerato nei termini di due dimensioni che si sovrappongono, la dimensione sicuro/insicuro e la dimensione distanziante/preoccupato, mentre altri ancora in termini di altre due dimensioni continue, chiamate ansietà ed evitamento.

Per lo psicoterapeuta può essere estremamente utile avere una griglia mentale di riferimento circa i vari stili di attaccamento, sulla loro struttura di regolazione degli affetti e sulla disposizione alla relazione, in quanto fornisce una modalità particolare di ascoltare e pensare al materiale clinico nel lavoro con gli adulti. Essenzialmente, le categorie di attaccamento raccontano una storia, che riguarda il modo in cui l'esperienza emotiva è stata regolata, quali esperienze hanno avuto il permesso di accedere alla coscienza e quali ne siano state escluse, e quanto un individuo sia stato in grado di dare senso ai rapporti più significativi.

Le dinamiche inerenti l'organizzazione dell'attaccamento e i principi organizzativi che sorgono dalle prime relazioni con un adulto

possono divenire, secondo Slade, i punti centrali nella psicoterapia con pazienti che lottano contro gli effetti di un attaccamento insicuro o disorganizzato. Presumibilmente saranno proprio questi pattern e le loro dinamiche ciò che il terapeuta cercherà di cambiare per cui cercare di riconoscere come e quando queste dinamiche siano attive nelle relazioni della vita reale del paziente – e nella relazione terapeutica – dovrebbe essere parte essenziale di qualsiasi buon trattamento.

A questo proposito non possiamo fare a meno di ricordare come Freud abbia definito il transfert come la riproposizione di un'esperienza passata rivissuta nel presente senza soluzione di continuità con il presente (Loriedo e Santilli, 2000). Nel lavoro coi pazienti distanzianti, la terapia ruota attorno ai tentativi per trovare i modi per permettere agli affetti di accedere all'esperienza e alla coscienza, dato che questi individui, estranei ai sentimenti, alle motivazioni e alla vita interiore, stentano a comprendere o ad accettare la propria esperienza emotiva. Spesso descrivono difficoltà nel mantenere i rapporti ed altrettanto spesso queste difficoltà vengono minimizzate, anche se appare evidente che questa distanza ha causato loro grande dolore. Nonostante ciò, all'interno del contesto psicoterapeutico, essi negano il proprio bisogno d'aiuto.

In questo scenario, la psicoterapia lancia esplicite sfide alle strategie difensive di questi pazienti che troveranno il processo terapeutico difficile come una sfida emotiva, proprio perché l'aspetto emotivo risulta un aspetto fondante del processo psicoterapeutico.

Da una prospettiva terapeutica, il terapeuta che riconosce uno stile di attaccamento distanziante in un paziente, deve volgere la propria attenzione a trovare vie di accesso verso l'esperienza affettiva e la memoria di questo. Dall'altro lato, la terapia con pazienti definibili come preoccupati ruota attorno alla lenta creazione di strutture per la modulazione degli affetti, dato che questi pazienti spesso sembrano tormentati e sopraffatti dai sentimenti. Per questi pazienti, la comprensione generale dei rapporti appare superficiale e banale e non fondata su solide radici interne. Gli individui preoccupati pongono sfide molto diverse al processo terapeutico. L'incapacità di collaborare col terapeuta e la difficoltà a recepirne le parole ed il

sostegno rende difficile la terapia di questi pazienti, i quali tendono ad esagerare e ad amplificare i bisogni ed i sentimenti di attaccamento, al fine di garantirsi le cure e la disponibilità delle figure di attaccamento. Così, si presentano in terapia come bisognosi e dipendenti ed esigono molto da parte dell'altro. Ciò che spesso appare ai loro occhi, invece, è l'esperienza del terapeuta come poco disponibile e di poco aiuto. Per il terapeuta, la sfida più grande nel lavoro con questi pazienti è trovare un modo per aiutarli a gestire e contenere gli affetti, anche se il tentativo di costruire solide strutture regolatrici degli affetti nel paziente preoccupato sembra un'opera virtualmente impossibile.

Queste strutture sembrano svanire rapidamente per venir immediatamente sostituite con irruenza da intensi affetti. La terapia con pazienti disorganizzati spesso implica il lavorare a partire dagli stimoli più semplici e allo stesso tempo genera terrore e ulteriore dissociazione nel paziente (Liotti, 2001). I contenuti rappresentativi che sottostanno alla disorganizzazione dell'attaccamento sono assimilabili a quelli che caratterizzano il triangolo drammatico di Karpman (1968), dove l'individuo disorganizzato, nella relazione di attaccamento con l'altro, oscilla tra le polarità di vittima, persecutore, salvatore, dando vita a rappresentazioni di sé molteplici e reciprocamente incompatibili.

Con la riattivazione del triangolo drammatico all'interno del setting, e la conseguente costruzione disorganizzata di sé-con-l'altro, la paura, la sofferenza ed il senso di inutilità sono spesso tali da indurre all'abbandono della terapia (Liotti, 2001).

Infine, dalla prospettiva dell'attaccamento, il modello di una terapia efficace presuppone la capacità del paziente di utilizzare la terapia ed il terapeuta in modo sicuro, o per dirla con la Ainsworth, come una base sicura. Così, la terapia offre al paziente la possibilità di sperimentare nuovamente la propria storia di vita all'interno di un contesto sicuro e sano, con un altro (il terapeuta) emotivamente disponibile. Pertanto, il paziente sicuro mostra, rispetto ai precedenti stili, capacità maggiore di stabilire quella che si definisce alleanza terapeutica, proprio in virtù dello stile sicuro che lo caratterizza e che

sottende la fiducia nella presenza e responsività da parte dell'altro, inteso come capace di fornire cure e conforto.

Dato che i pattern di attaccamento servono proprio ad attivare determinati sentimenti negli altri, così come il terapeuta evoca sentimenti nel paziente, lo stesso paziente sarà in grado di evocarne nel terapeuta. Gli individui insicuri portano i loro modelli rappresentativi insicuri all'interno del setting terapeutico e questo costituisce la base di una serie di reazioni controtransferali nel terapeuta.

I pazienti distanzianti escludono il terapeuta, come loro stessi sono stati esclusi a suo tempo dalle figure di attaccamento. Così, il terapeuta, catturato dal paesaggio arido che il paziente distanziante va definendo, finisce per sperimentare ciò che il paziente stesso non è in grado di percepire a livello consapevole, cioè la sfiducia per il cambiamento e per il raggiungimento dell'intimità. Il terapeuta può dunque sentirsi come si è sentito il paziente quando era bambino: arrabbiato, non considerato, sciocco, inetto (Slade, 1999). Ciò può determinare una certa inconsapevole tendenza alla collusione col paziente da parte del terapeuta, il quale può, percependosi come invadente, ridicolo ed escluso, "dimenticare" di riportare all'attenzione del paziente le proprie considerazioni ed osservazioni e mancare di impegnarsi sui temi cruciali del controtransfert.

Il lavoro coi pazienti preoccupati appare sostanzialmente diverso. Tuttavia, anche in questo caso, una totale collaborazione del paziente col terapeuta è assolutamente impossibile. Questi individui non sono necessariamente compiacenti nella terapia e pongono al terapeuta la costante richiesta di diminuire il loro stato di confusione e di sofferenza; in sostanza, dunque, chiedono che questo si prenda cura di loro. Di conseguenza i sentimenti di controtransfert possono essere molto potenti: dalla sensazione di essere fagocitati a quello di percepirsi come impotenti nel dare aiuto ad una persona che costantemente rinnova la propria richiesta, nonostante i ripetuti tentativi già adottati. E come risposta, il terapeuta spesso cercherà di dare al paziente preoccupato un'organizzazione ed una struttura di regolazione degli affetti.

Nella prospettiva dell'attaccamento, la disposizione del terapeuta alla cura del paziente

può essere vista come l'effetto del sistema di accudimento genitoriale (Bowlby, 1980). Entrambi i sistemi, dell'attaccamento e di accudimento, implicano un legame emotivo che va dal paziente verso il terapeuta, ma anche da questo verso il paziente. In questo scenario, in un terapeuta sicuro i sentimenti di empatia generano un clima di sicurezza ed intimità.

La sua capacità di prendersi cura dell'altro può contribuire allo stabilirsi di quell'atmosfera di empatia utile al conseguimento del successo terapeutico. In un terapeuta insicuro, invece, la disposizione alla cura è tanto suscettibile di distorsione quanto lo è nel paziente insicuro, in quanto la psicoterapia riguarda sempre la perdita e pazienti diversi attiveranno nel terapeuta scene diverse riguardanti l'attaccamento, rievocando perdite, separazioni e riunioni primitive (Slade, 1999).

Va anche menzionato il saggio di David Wallin (2007) che secondo Fonagy è l'autore che presenta "la migliore integrazione dei progressi più significativi nel campo della teoria e della ricerca dell'attaccamento e delle loro applicazioni in psicoterapia".

La domanda cui Wallin si propone di rispondere con il suo contributo è come possano fare gli psicoterapeuti a mettere i pazienti in grado di crescere al di là dei limiti imposti dalle loro personali storie di vita.

L'autore ritiene di avere identificato tre risultati della teoria dell'attaccamento che sembrano avere le implicazioni più profonde e più fertili per la psicoterapia:

- 1) che le relazioni di attaccamento co-create sono il contesto determinante per lo sviluppo;
- 2) che l'esperienza preverbale prepara il nucleo del Sé in via di sviluppo;
- 3) che l'atteggiamento del Sé nei riguardi dell'esperienza predice la sicurezza dell'attaccamento meglio degli stessi fatti che costituiscono la storia personale.

Wallin aggiunge poi che "gli stessi tre temi organizzano il suo modello della terapia come trasformazione effettuata per mezzo della relazione".

Nel suo modello, la relazione di attaccamento del paziente con il terapeuta è fondamentale e primaria; in particolare il terapeuta mette a disposizione del paziente la propria funzione di

base sicura che è il *sine qua non* per l'esplorazione, lo sviluppo e il cambiamento. Un'altra caratteristica forte e centrale della teoria e della prassi clinica di Wallin è quella dell'utilizzo delle "messe in atto" (*enactments*) per "poter lavorare in modo efficace con la dimensione non verbale e implicita dell'interazione terapeutica". Con indubbia efficacia espressiva, Wallin afferma "che ciò che i pazienti non possono spiegare chiaramente a parole tende a essere evocato, messo in atto o incorporato".

Conclusioni

La teoria dell'attaccamento ha via via influenzato il lavoro di molti clinici e ha permesso di ripensare l'approccio clinico, alla psicopatologia ed alla psicoterapia, con una maggiore attenzione agli scambi intersoggettivi e al ruolo centrale degli affetti nell'ambito della relazione terapeutica infantile, adulta e di coppia. In questa direzione è pienamente condivisibile la tesi che considera decisiva la svolta concettuale introdotta da Bowlby col supporto dei risultati prodotti dalla ricerca empirica sullo sviluppo infantile riproponendo in modo tuttavia nuovo il collegamento psicologia-biologia attraverso gli studi etologici.

Se inizialmente Bowlby è stato accusato di "riduzionismo" dagli psicoanalisti per una sua prospettiva prettamente comportamentale, Bowlby ha di fatto aperto la strada agli studi della Ainsworth, che hanno portato all'individuazione dei tre tipi di attaccamento grazie alla procedura della *Strange Situation*, per poi passare al contributo di Mary Main, che ha permesso di studiare gli schemi narrativi e gli stati della mente legati ai modelli di attaccamento.

Abbiamo quindi assistito ad una trasformazione della teoria dell'attaccamento, dove vengono rivalutate le tappe dello sviluppo nell'arco della vita, oltre al riconoscimento delle altre figure affettive (padre, insegnanti, amici, relazioni sentimentali) (Cassibba, 2003). Si può anche comprendere come questa lettura del comportamento umano si sia incontrata rapidamente e felicemente con la tradizione che proviene dagli studi etologici con la loro enfasi sul concetto di contesto.

In tale prospettiva ha ripreso spazio lo studio della mente e dell'esperienza soggettiva, ma con

uno stretto legame, appunto, con i contributi dell'etologia e della teoria dei sistemi. Anche in questo campo l'opera di Bowlby ha contribuito a questa evoluzione.

Bowlby infatti, specialmente negli ultimi scritti, appare sempre più influenzato dalla teoria *information-processing* nel funzionamento neurale e cognitivo, per cui, così come uno psicologo cognitivo definisce i modelli rappresentazionali in termini di accesso a particolari tipi di informazioni e dati, parimenti Bowlby propone che i differenti pattern di comportamento riflettano differenze nel grado individuale di accesso a certi tipi di pensieri, sentimenti e memorie.

In particolare, per Bowlby l'accesso, sia sul piano cognitivo che emotivo, ad informazioni rilevanti sul piano dell'attaccamento, emerge come una funzione della natura delle relazioni passate tra bambino e caregiver. In questa direzione, il concetto di meccanismi di difesa classico, all'interno dei modelli psicoanalitici, può essere ritradotto in quello di strategie cognitive fondate sull'esperienza affettiva che organizzano e programmano il comportamento, diventando col tempo automatizzate attraverso l'esclusione selettiva dell'informazione.

Un terapeuta può quindi attivare i modelli operativi interni che il paziente ha originariamente sviluppato nella relazione con le proprie figure di accudimento utilizzando la sicurezza proveniente dalla relazione in corso per rielaborare i modelli operativi insicuri formati precedentemente. Ciò avverrebbe in quanto il nuovo attaccamento sicuro rende possibile per il paziente tollerare e dare un senso ai sentimenti di delusione, rabbia o persino paura di essere abbandonato, oppure il timore di non essere compreso dal terapeuta. I pazienti con storie di attaccamento insicuro formerebbero, cioè, con maggiore probabilità, attaccamenti insicuri nei confronti dei loro terapeuti e incontrerebbero, quindi, maggiori difficoltà a impegnarsi nella terapia e affidarsi al terapeuta, sebbene vi siano opinioni diverse rispetto agli esiti sul piano del cambiamento terapeutico nel caso di pazienti con modelli di attaccamento distanzianti o preoccupati.

La ricerca suggerisce, inoltre, che le organizzazioni di attaccamento dei pazienti influenzerebbero anche gli stessi terapeuti e le loro risposte nei confronti dei pazienti. Si apre

qui lo spazio per un'ulteriore considerazione in quanto anche se sembra intuitivo che i terapeuti, nel rispondere, tendano a rispecchiare in qualche modo gli stili affettivi dei pazienti, non è invece affatto scontato che si tratti della soluzione più terapeutica e, inoltre, ci si deve chiedere quali altri fattori oltre alle caratteristiche del paziente determinino le risposte di un terapeuta. Bisogna infatti tenere almeno conto che l'organizzazione di attaccamento di un terapeuta gioca anch'essa un ruolo nel determinare come risponda, se "in accordo con lo stile" o in "disaccordo con lo stile" di un paziente (Wallin, 2007).

Come sottolinea Fonagy (1999), del resto, le osservazioni cliniche dei pattern di relazione tra il paziente e il terapeuta arricchiscono gli studi sull'attaccamento, dal momento che la relazione terapeutica può essere concettualizzata come una relazione di attaccamento; dall'altro, le classificazioni dell'attaccamento dei pazienti in analisi possono essere utili per valutare il processo psicoanalitico stesso. Seguendo il lavoro di Mallinckrodt et al. (1995) si può dire infatti che la natura delle strategie psicoterapeutiche e i sentimenti di transfert sono probabilmente determinati dalla natura dei legami di attaccamento primari.

Stabilendo una relazione personale a solo scopo terapeutico, l'individuo può esplorare modalità di autocontenimento o di contenimento in relazione agli altri e può tentare di modificare vecchi automatismi emotivi e di introdurne di nuovi. Ma ci vuole tempo per costruire e modificare gli automatismi emotivi.

L'accettazione del terapeuta apre uno spazio mentale per riflettere sulle emozioni e valutare come agire nuovamente. Questo può implicare di trattare ciò che non è stato portato a termine nella prima infanzia, quei sentimenti di paura di essere abbandonati o rifiutati, sentimenti che erano sconvolgenti ed impossibili da gestire senza un contenimento genitoriale. Questi sentimenti spesso permangono assopiti e non elaborati, pronti ad irrompere in un momento di stress, quando l'adulto "perde le staffe" ed esprime una rabbia smisurata o una paura che sembra incomprensibile agli altri in quanto sproporzionata rispetto a ciò che sta succedendo.

Il terapeuta favorisce quindi l'acquisizione della mancata esperienza di sapere i propri sentimenti

riconosciuti e ammessi da parte di un'altra persona, che è anche in grado di tollerare sentimenti così intensi. Il terapeuta può inoltre mostrare come la relazione possa essere riparata laddove si verifichi una rottura. Questo ciclo di rottura e riparazione è un aspetto chiave delle relazioni sicure. Lentamente, attraverso questo tipo di vissuto con uno psicoterapeuta, si sviluppa un nuovo muscolo, una capacità di essere ascoltato e di ascoltare, di ascoltare e di essere ascoltato, sia a livello verbale sia a livello non verbale. Questi vissuti che si apprendono nella prima infanzia, periodo nel quale la sicurezza e l'accettazione si acquisiscono attraverso il contatto.

La psicoterapia offre dunque un'opportunità di rielaborare le strategie emotive, ma si tratta di un lavoro che prende molto tempo.

Riferimenti bibliografici

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., e Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the Strange Situation and at home*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ammaniti, M. (2009). Quel che resta di Freud. *La Repubblica*, 12 Agosto, 36-37.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*, Vol. I, Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita*, Vol. II, Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita*, Vol. III, Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Cortina.
- Bowlby, J. (2011). John Bowlby, MD: interview by Leonardo Tondo. *Clin. Neuropsych.*, 8, 2, 159-171.
- Carli, L. L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento. In L. Carli (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Cortina.
- Cassibba, R. (2003). *Attaccamenti multipli*. Milano: Unicopli.
- Dazzi, N., e Zavattini, C. (2001). Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalysis and attachment theory. In Cassidy J, Shaver P (a cura di). *Handbook of Attachment*. New York: Guilford.
- Fonagy, P. (2001). *Psychoanalysis and attachment theory*. London: Karnac.
- Fonzi, A. (2001). *Manuale di Psicologia dello sviluppo*. Firenze: Giunti.
- Gerhardt, S. (2006). *Perché si devono amare i bambini*. Milano: Cortina.
- Grossmann, K.E., Grossmann, K., e Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during years of immaturity. In j. Cassidy e P. Shaver (a cura di). *Handbook of Attachment*. New York: Guilford.

- Hazan, C., e Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28 (3) 511-524.
- Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Kernberg, P. (1994). Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bull Menninger Clin* 58: 55-58.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo ed analisi del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Cortina.
- Loriedo, C., e Santilli, V. (2000). *La relazione terapeutica*. Milano: Franco Angeli.
- Main, M., e Goldwyn, R. (1996). *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D., e Coble, H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapeutic relationship: Development of a Client Attachment to the Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42: 307-317.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Schore, A.N. (2009). Attachment trauma and the Developing of Right Brain: origin of Pathological Dissociation. In P. Dell e J.A. O'Neil, *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- Slade, A. (1999). Attachment Theory and Research: Implications for the Theory and Practice in Psychotherapy with Adults. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2002.
- Slade, A. (2008). Le implicazioni della teoria e della ricerca sull'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto. In J. Cassidy e R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerche e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Solomon, J., e George, C. (1999). *Attachment disorganization*. New York: Guilford.
- Wallin, D.J. (2010). *Psicoterapia dell'attaccamento*. Bologna: Il Mulino Editore.
- Zimmermann, P., e Grossmann, K.E. (1997). Attachment and adaptation in adolescence. In W. Koops, J.B. Hoeksma e D.C. van den Boom (a cura di), *Development of interaction and attachment: Traditional and non- traditional approaches*. North-Holland, Amsterdam.

